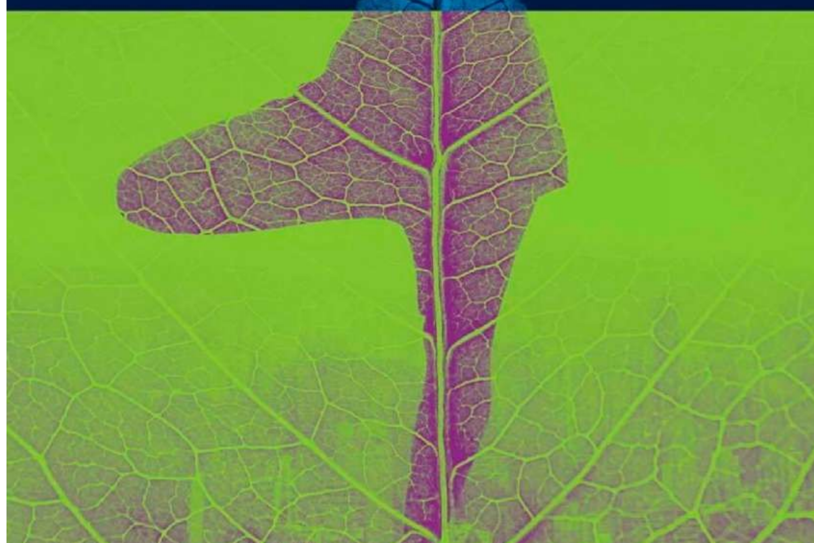


Hans Morschitzky Sigrid Sator

Când sufletul vorbeşte prin corp

Să înţelegem şi să tratăm tulburările psihosomatice

Traducere din germană de Simona Ligia Tutunaru EDITURA TREI 2016

PIP[11]

PSIHOLOGIE PRACTICĂ

COLECŢIE COORDONATĂ DE Vasile Dem. Zamfirescu

A

TRei

WENN DIE SEELE DURCH DEN KÖRPER SPRICHT Psychosomatische Störungen verstehen und

heilen

Prefaţă

Iată nişte cifre care ne atrag atenţia: în cazul unei pătrimi dintre pacienţi nu sunt identificate deloc sau sunt identificate insuficiente cauze organice ale bolilor, deşi aparatura medicală utilizată este de ultimă generaţie, iar investigaţiile medicale întreprinse sunt amănunţite. Multe dintre persoanele afectate devin neîncrezătoare atunci când investigaţiile rămân „neconcludente" şi întreprind un adevărat „turism medical", denumit în lumea medicală şi „traseism medical". Aceste persoane sunt adesea disperate, nu se simt înţelese de medici sau sunt etichetate drept prefăcute. în cazul a numeroşi alţi pacienţi, afecţiunile fizice au cu siguranţă cauze organice cărora li se adaugă însă factorii psihici şi sociali, care au o influenţă extrem de nefavorabilă asupra evoluţiei bolii. în ambele situaţii există însă o legătură strânsă între factorii fizici şi cei psihici. Atât ca urmare a nivelului înalt de stres psihic exercitat de suferinţă în plan individual, cât şi datorită costurilor economice crescute implicate de cazurile psihosomatice, se impune o gândire medicală în termenii conexiunilor care există între corp şi psihic.

Tot mai multe persoane caută explicaţii şi tratamente holistice pentru afecţiunile lor şi îşi doresc enorm ca medicina să se aplece mai mult şi asupra aspectelor psihice. Acest fapt poate fi observat şi în cererea înregistrată în domeniul literaturii care tratează această temă. Piaţa este dominată de o literatură de popularizare bogată care poate fi descrisă ca fiind o combinaţie dintre ezoterism, gândire pozitivă şi psihologism şi care şi-a pus în mod considerabil amprenta asupra înţelegerii psihosomatice a cititorului mediu. Dată fiind „medicina care face abstracţie de suflet", cea care în mod regretabil adesea încă domină practica clinică de zi cu zi, aceste cărţi răspund nevoii multor oameni de a beneficia de o medicină umană. Această literatură de

popularizare transmite însă o altă viziune extremistă, şi anume aceea a „sufletului care face abstracţie de corp”.

Această carte se poziţionează cu bună ştiinţă „la mijloc” şi îşi propune să transmită o viziune psihosomatică complexă şi cuprinzătoare: având la bază o înţelegere bio-psiho-socială a bolii, care consideră tulburările fizice ca fiind fenomene complexe cu componente psihice, psihosociale şi biologice.

Obiectivul acestei cărţi este să ofere o prezentare a psihosomaticii care să fie accesibilă – în cea mai bună accepţiune a cuvântului, adică inteligibilă şi totodată temeinică. Interesul principal îl constituie tulburările fizice fără cauze organice (tulburările somatoforme şi cele disociative) şi tulburările fizice cu factori psihologici şi influenţe comportamentale (tulburările psihosomatice propriu-zise). Concret, este vorba despre descrierea a numeroase tulburări somatoforme şi psihosomatice, diferenţiate în funcţie de diferitele grupe de organe (inima, tensiunea arterială, respiraţia, stomacul, intestinul, vezica urinară, pielea, organele genitale feminine, urechile, gâtul, nasul, vocea, ochii, dinţii, aparatul locomotor), precum şi despre prezentarea tulburărilor algice (ale durerii), care depăşesc limitele unui singur organ. în acest demers sunt avute în vedere modele explicative şi abordări de tratament psihosomatice.

Prezentarea urmează un plan unitar:

- exemplu reprezentativ pentru fiecare domeniu prezentat,
- precizări generale cu privire la conexiunile corp-psihic,
- tulburări funcţionale (tulburările somatoforme şi disociative),
- tulburări cu cauze organice (tulburările psihosomatice propriu-zise şi tulburările somatopsihice),
- abordări psihosomatice (factori psihologici, strategii terapeutice).

Cartea se adresează tuturor persoanelor afectate, aparţinătorilor lor, dar şi medicilor, psihologilor, psihoterapeuţilor, precum şi întregului public larg interesat. în mod deosebit, aceasta îşi propune să ofere un prim ajutor spre vindecare a persoanelor care suferă de tulburări psihosomatice. Acest ajutor constă în a le facilita acestora o mai bună înţelegere asupra propriei persoane.

Amândoi vă dorim din inimă ca lectura să vă fie de folos.

Hans Morschitzky Sigrid Sator

Partea 1

Fundamentele psihosomaticii

PSIHOSOMATICA DE-A LUNGUL TIMPULUI: DIN ANTICHITATE ŞI PÂNĂ ÎN PREZENT

Mai ales sufletului trebuie să-i dăm îngrijire, dacă vrem ca trupul s-o ducă bine.

PLATON (dialogul *Charmides)*

înţelepciunea populară ne spune că emoţiile pot influenţa foarte puternic corpul. Conexiunea strânsă dintre corp şi psihic se oglindeşte şi în vorbire: „Inima îmi bate în gât”, „Simt că nu mai am aer”, „Simt că am un nod în gât”, „Am nervi la stomac”. Acestea sunt doar câteva exemple

care ilustrează această legătură. în cuvântul emoţie regăsim cuvântul latin *motio,* care înseamnă „mişcare”. Emoţiile ne mişcă nu doar pe interior, ci ne activează şi corpul şi îl tensionează.

Cuvântul „psihosomatică” este format din două cuvinte greceşti *psyche* (=psihic) şi *soma* (=corp) şi se referă la interacţiunea dintre fenomenele fizice şi cele psihice. Un mod de reacţie psihosomatic reprezintă categoric o formă sănătoasă de experienţă, pentru că fiecare emoţie determină reacţii fizice şi fiecare reacţie corporală declanşează anumite emoţii. Prin termeni precum „boli psihosomatice” şi „psihosomatoze” se înţeleg forme patologice ale relaţiei corp-psihic; mai precis, aceştia se referă la interacţiunea dintre factorii fizici şi psihici care determină apariţia şi evoluţia bolilor. Psihosomatica nu se referă la a acorda o importanţă mai mică factorilor fizici, ci la a acorda o mai mare importanţă factorilor psihici.

Interacţiunea dintre corp şi psihic a fost evaluată în mod diferit de-a lungul secolelor. Hipocrate, medicul grec din Antichitate, era convins că emoţiile pot pune stăpânire pe un organ: la supărare inima se contractă, iar în caz de bucurie aceasta se dilată. în medicina din antichitatea greacă se aveau în vedere în egală măsură factorii fizici şi psihici, în timp ce în Evul Mediu Biserica susţinea o separare strictă între corp şi suflet. Filosoful francez René Descartes a fondat în secolul al XVII-lea doctrina dualismului ştiinţific dintre corp şi minte, ale cărei consecinţe dezastruoase s-au putut constata până în trecutul apropiat. în secolul al XlX-lea importanţa unilaterală acordată factorilor fizici a fost perpetuată – aceasta datorându-se şi marilor progrese înregistrate în medicină. De abia la începutul secolului XX începe să apară o contramişcare declanşată de apariţia psihanalizei.

Psihosomatica modernă îşi are originea în lucrările lui Sigmund Freud şi ale

discipolilor săi, datorită cărora importanţa psihicului în afecţiunile fizice a fost evidenţiată în mod exemplar. Prin modelul „conversiei”, ei şi-au propus să explice modul în care conflictele psihice sunt „convertite” în simptome somatice. Dincolo de acest model, Freud nu a dezvoltat în mod special alte teorii sau concepte de intervenţie referitoare la psihosomatică.

Cea mai însemnată concepţie psihanalitică referitoare la tulburările psihosomatice îi aparţine lui Franz Alexander, medicul internist şi psihanalistul german emigrat la Chicago, care şi-a publicat în anul 1950 epocala lucrare intitulată *Medicina psihosomatică.* în această carte, el descrie aşa-numitele *„şapte sfinte”* boli psihosomatice, care din punct de vedere psihodinamic sunt presupuse a avea un caracter patologic: ulcerul gastroduodenal (ulcus pepticum), astmul bronşic, hipertensiunea arterială (hipertónia), artrita reumatoidă, migrena, colita ulcerativă, neurodermatita. Interesant este faptul că însuşi Alexander considera noţiunea de tulburare psihosomatică ca neavând relevanţă ca entitate patologică specifică şi înţelegea prin psihosomatică o metodă de diagnosticare; prin activitatea sa, acesta a promovat dezvoltarea psihosomaticii ca disciplină de sine stătătoare în cadrul medicinei. Aceasta este, pe scurt, teoria sa: anumite tulburări fizice se dezvoltă având la bază un conflict psihic în mare măsură inconştient, care ia naştere datorită contradicţiei dintre două nevoi sau dintre o nevoie şi o interdicţie. Astfel, este posibil ca dorinţa de dependenţă, de sprijin şi de a fi îngrijit să intre în contradicţie cu nevoia simultană de independenţă şi autonomie. Dacă această nevoie nu va fi nicicând gratificată, din această acţiune de blocare a nevoii şi a tensiunii emoţionale nedescărcate rezultă o dereglare vegetativă cronică. Atunci când impulsurile agresive nu sunt descărcate se ajunge într-o primă fază, prin activarea continuă a sistemului nervos simpatic, la creşterea permanentă a tensiunii arteriale şi, ulterior, la hipertonie. De asemenea – în funcţie de predispoziţie – apare migrena sau artrita reumatoidă. Atunci când dimpotrivă este blocată gratificarea unor dorinţe pasiv-regresive de îngrijire şi protecţie se ajunge la supraactivarea prelungită a sistemului nervos parasimpatic care poate conduce la tulburări precum ulcerul duodenal, colita ulcerativă sau astmul. Aşadar, Alexander explică simptomele psihosomatice raportându-se la starea sistemului nervos vegetativ. în cazul supraactivării sistemului nervos simpatic, care este cel care mobilizează corpul, se manifestă simptome diferite faţă de cazul supaactivării sistemului nervos parasimpatic, care controlează digestia şi odihna.

Această abordare a lui Alexander, care se bazează pe teoria specificităţii, conform căreia anumite boli iau naştere datorită unor conflicte patologice, este considerată depăşită în prezent

şi nu a putut fi validată ştiinţific. Concepţia conform căreia pacienţii care manifestă aceleaşi simptome corporale s-ar asemăna şi din punct de vedere psihic este un mit. O anume tulburare psihosomatică *nu* se declanşează, nu se menţine şi nu se agravează doar datorită unor conflicte patogene, ci şi datorită unor factori psihici şi psihosociali dintre cei mai diverşi.

De asemenea, şi alte abordări psihosomatice, care se bazează pe anumite tipuri de personalitate, au eşuat în mod similar. Nu există un anume tip de personalitate care să dezvolte cu precădere boli precum migrena, bolile de stomac, cancerul etc., deşi aceste concepte nu au ieşit din uz şi continuă să fie vehiculate în literatura de popularizare şi în practica clinică învechită. în cazul pacienţilor cu tulburări psihosomatice, la fel de perimat este şi îndrăgitul model explicativ psihanalitic al relaţiei perturbate mamă-copil, care transferă vina, în mod exagerat, asupra unor mame care, adesea, sunt extrem de solicitate.

Problema fundamentală a conceptelor psihosomatice unilaterale este aceea că adepţii lor caută întotdeauna la pacienţi acele cauze pe care le-au întâlnit anterior, în practica clinică, în cazurile care prezentau tulburări psihosomatice. O asemenea atitudine necritică este problematică deoarece ştirbeşte complexitatea psihosomaticii. Dimpotrivă, în psihoterapie, este imperios necesară investigarea tiparelor cognitive, emoţionale şi de comportament, precum şi a factorilor de mediu cu caracter patogen în cazul particular al fiecărui pacient.

Pentru a ilustra această situaţie, vom enumera conceptele psihosomatice perimate şi simpliste, utilizate cel mai frecvent. Se spune că:

• astmul ar fi un strigăt după mamă, care îşi are originile într-un ataşament matern încă nedizolvat,

• neurodermatita ar apărea din cauza unui contact cutanat insuficient în copilăria mică şi este cauzat de către respingerea resimţită din partea mamei,

• ulcerul ar apărea din cauza unor nevoi neîmplinite sau interzise de iubire şi afecţiune,

• migrena ar apărea ca urmare a refulării agresivităţii,

• cancerul s-ar dezvolta datorită faptului că totul se consumă din interior.

Noţiunea „psihosomatic” era înţeleasă în trecut de către numeroşi psihanalişti în sensul de conexiune de tip cauză-efect între corp şi psihic şi nu în sensul

interacţiunii care are la bază un context multifactorial. Echivalenţa utilizată în trecut între termenii „psihosomatic = psihogen” este falsă şi s-a dovedit dezastruoasă întrucât, astfel, este pierdută din vedere complexitatea a numeroase tulburări fizice. Echivalenţa eronată care rezultă de aici, „psihosomatica = psihogeneza specifică anumitor tulburări fizice”, este abandonată din ce în ce mai mult şi de către psihanalişti.

Chiar şi în cazul în care nu sunt identificate cauze organice, nu este indicat să se presupună prea curând că singurii factori declanşatori, care se constituie drept „cauze” ale afecţiunii, sunt cei psihogeni. Cu alte cuvinte, necesitatea unei intervenţii psihologice sau psihoterapeutice nu se impune numai în cazul în care este identificată o anumită tulburare psihosomatică. în mod obligatoriu, va fi necesară identificarea anumitor factori psihologici şi influenţele acestora asupra comportamentului, iar în cazul anumitor afecţiuni fizice aceştia se află într-o anume cronologie fără ca, din acest motiv, să se poată totuşi vorbi în mod indubitabil despre o relaţie de tip cauză-efect.

în anul 1977, medicul şi psihanalistul american George Engel a prezentat modelul bio-psiho-social al bolii. Conform acestui model corpul, psihicul şi contextul social exercită influenţe reciproce. Această perspectivă holistică şi integrativă asupra bolii, care ia în considerare planurile biologic, psihologic şi social ale procesului de îmbolnăvire, constituie baza conceptuală modernă a psihosomaticii. Prin intermediul acestui model nu sunt explicate în detaliu anumite tulburări psihosomatice, însă sunt explicate următoarele fenomene: ca urmare a suprasolicitării psihice şi psihosociale, orice om poate dezvolta o afecţiune fizică; aceiaşi factori stresori pot determina dezvoltarea unor afecţiuni diferite; situaţii stresante diferite pot conduce la

dezvoltarea aceloraşi afecţiuni; anumiţi oameni se îmbolnăvesc mai mult decât alţii pentru că dispun de strategii de ajustare (de *coping*) neadecvate şi au un context de viaţă nefavorabil.

PSIHOSOMATICA SI MEDICINA COMPORTAMENTALĂ – DOUĂ PERSPECTIVE DIFERITE ASUPRA ACELEIAŞI PROBLEMATICI

Termenul de specialitate „psihosomatică” poate avea două semnificaţii:

• Psihosomatica este o concepţie de bază şi reprezintă o perspectivă interdisciplinară care se referă la diagnoza şi terapia tulburărilor şi care are în vedere în egală măsură factori fizici şi psihici, respectiv psihosociali. Astfel, psihosomatica este o abordare interdisciplinară şi nu doar o specialitate cum este medicina internă, psihiatria sau chirurgia. în consecinţă, nu există anumite tulburări, care sunt considerate a fi „psihosomatice” şi care constituie conţinutul disciplinei numite psihosomatică. Aspectele psihosomatice pot fi relevante într-o varietate de tulburări fizice care aparţin celor mai diverse specialităţi medicale.

• Psihosomatica este un domeniu clinic de sine stătător şi o direcţie de cercetare care are ca scop înţelegerea şi tratarea interacţiunilor factorilor fizici şi psihici în cazul anumitor tulburări. în acest sens, vorbim despre efectuarea unei terapii psihosomatice care are la bază o perspectivă psihosomatică, reunite într-o disciplină medicală distinctă, care se desfăşoară în secţii specializate ale unor spitale, respectiv ale unor clinici universitare, precum şi în cadrul unor clinici psihosomatice private.

Există un consens general asupra următoarei definiţii: psihosomatica se ocupă cu cauzele, simptomele şi consecinţele psihice ale tulburărilor fizice, precum şi cu impactul acestora asupra contextului psihosocial al pacientului, precum şi asupra relaţiei cu medicul, respectiv cu terapeutul. Plecând de la definiţia medicinei psihoterapeutice, aceasta poate fi reformulată şi astfel: psihosomatica se referă la recunoaşterea, tratamentul medical şi psihoterapeutic al unor boli precum şi la recuperarea în urma unor boli şi stări de suferinţă la a căror etiologie, declanşare, menţinere,

agravare şi procesare subiectivă contribuie factori psihici şi psihosociali şi/sau interacţiunea acestora.

Câmpul psihosomaticii poate fi descris din patru perspective care corespund unor domenii de activitate distincte:

1. în funcţie de etiologie. Deşi aparent este suspectată o tulburare cu cauze organice, este necesară o analiză a factorilor psihici şi sociali pentru a avea un tablou complet al simptomatologiei care, cel mai adesea, este una multifactorială.

2. în funcţie de modul de integrare a bolii. Pacientul va trebui să se confrunte activ cu problemele psihologice şi sociale care adesea pot apărea ca şi consecinţă a bolii; aceasta necesită adoptarea unor măsuri adecvate din punct de vedere psihologic şi medical.

3. în funcţie de comportamentul adoptat în caz de boală. Bolnavii cu tulburări psihosomatice dezvoltă adesea forme nefavorabile de interacţiune cu medicii şi terapeuţii; aceştia din urmă vor trebui să acţioneze cu înaltă responsabilitate profesională şi umană pentru a asigura un tratament, pe cât posibil, de succes.

4. în funcţie de comorbidităţi şi de tulburările reactive. în cazul a numeroase boli apar consecinţe neplăcute în plan psihic şi psihosocial, pe care persoanele afectate vor trebui să înveţe să le gestioneze cu sprijin medical, psihologic şi psihoterapeutic.

în ceea ce priveşte psihoterapia, în prezent se disting în domeniul psihosomaticii două perspective şi metode de tratament distincte: o psihosomatică în principal de orientare psihanalitică dezvoltată pe parcursul ultimelor şase decenii şi o psihosomatică de orientare strict comportamentală care a câştigat o importanţă deosebită în ultimele trei decenii sub denumirea de „medicină comportamentală”.

Medicina comportamentală se referă la aplicarea terapiei comportamentale în domeniul medical. Definită în mod mai elaborat, medicina comportamentală este o abordare interdisciplinară bio-psiho-socială care studiază mecanismele sănătăţii şi bolii luând în considerare ştiinţele psihosociale, comportamentale şi biomedicale şi care îşi propune aplicarea cunoştinţelor şi metodelor testate empiric în cadrul prevenţiei, tratării şi recuperării. Alăturarea cuvintelor „comportament” şi „medicină” ilustrează clar legătura dintre comportament, studiat mai ales în cadrul psihologiei, şi procesele fiziologice, cercetate cu precădere în cadrul medicinei; aceasta evidenţiază concepţia de bază de factură bio-psiho-socială a medicinei comportamentale.

Spre deosebire de psihosomatica de orientare psihanalitică, medicina comportamentală pune un accent sporit pe orientarea ştiinţifică şi interdisciplinară (includerea tuturor ştiinţelor relevante precum psihologia, medicina, biochimia, sociologia etc.), pe verificarea empirică şi ştiinţifică a conexiunilor dintre comportament/experienţă şi tulburările organice, precum şi pe importanţa prevenţiei tulburărilor psihosomatice. începuturile medicinei comportamentale datează din anii '70 ai ultimului secol. în ultima vreme, atât importanţi oameni de ştiinţă, cât şi

anumiţi clinicieni integrează din ce în ce mai mult conceptele psihanalitice cu cele comportamentale.

DOMENIUL VAST AL PSIHOSOMATICII

Conştiinţa sănătăţii o dobândeşti numai prin boală.

GEORG CHRISTOPH LICHTENBERG *(Aforisme)*

De la Alexander şi până în prezent se disting patru principale grupe nosologice psihosomatice distincte:

•acuze somatice (simptome organice neexplicate de nicio condiţie medicală, fără cauze funcţionale sau somatice, cu semnificaţie clinică redusă sau inexistentă)

•tulburări funcţionale (somatoforme şi disociative) (tulburări fără cauze organice cu semnificaţie clinică)

•tulburări psihosomatice propriu-zise (acuze somatice cu factori determinanţi sau agravanţi de natură psihosocială)

•tulburare somatopsihică (acuze somatice cu consecinţe psihosociale).

ACUZELE SOMATICE

Starea fizică şi cea psihică sunt profund interconectate – acest lucru este cunoscut de oricine a fost, cel puţin o dată, nemulţumit sau nefericit în relaţia de cuplu sau în profesie. Acuzele somatice sau „indispoziţiile” se referă cu precădere la tulburările fizice explicate de factorii psihici şi psihosociali, în cazul cărora nu apar nici tulburări cronice ale sistemului nervos vegetativ, nici modificări cu semnificaţie clinică ale ţesuturilor şi nici afectări ale organelor. în acest caz, este vorba despre simptome organice ale unor oameni care, în principiu, sunt sănătoşi. 80% din populaţie manifestă în decursul unei săptămâni un simptom somatic, fără ca din acest motiv persoana în cauză să considere că este bolnavă. Cele mai des întâlnite acuze sunt durerile de cap, urmate de simptomele gastrointestinale. în funcţie de percepţia individuală şi de teoria subiectivă asupra stării de boală, acest disconfort poate deveni extrem de supărător. în acest fel, acuzele somatice se pot transforma în tulburări funcţionale sau somatoforme, care astfel vor avea semnificaţie clinică – deşi cei afectaţi sunt sănătoşi din punct de vedere organic. Asemenea simptome somatice pot apărea aproape în cadrul oricărei tulburări reactive sau depresive, denumite în trecut „tulburare nevrotică”.

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

Tulburările funcţionale reprezintă afectări ale funcţiilor organice în lipsa unor cauze fizice şi care adesea au cauze psihice. De obicei, acestea îşi au originea într-o disfuncţie a sistemului nervos autonom (vegetativ) şi se manifestă sub forma palpitaţiilor, a dificultăţilor de respiraţie, a transpiraţiei, a tulburărilor gastrointestinale. Uneori este afectat şi sistemul nervos somatic; consecinţele constau în tulburări de mişcare, de vorbire, de auz sau de vedere. Tulburările funcţionale dovedesc adesea faptul că în corp există energie care însă nu este eliberată sau utilizată, ceea ce determină dereglări sau parestezii. Termenul „funcţional” cel mai adesea nu este sinonim cu „psihic” sau „psihogen” întrucât, atunci când nu pot fi identificate dovezi la nivelul organelor, tulburările funcţionale pot avea şi alte cauze decât unele exclusiv de natură psihică (de ex., abuzul de alcool sau de medicamente, suprasolicitarea fizică sau psihică fără semnificaţie clinică).

Fiecare a patra persoană merge la medic cu probleme de sănătate fizică ce se dovedesc a nu avea deloc sau a avea insuficiente cauze organice. Deşi sunt sănătoase, persoanele afectate adoptă un comportament specific pacienţilor, în timp ce numeroşi alţi oameni care ar trebui să fie pacienţi se comportă ca şi când nu ar fi deloc bolnavi. Primele sunt înclinate ca în relaţie cu propriul lor corp să adopte o atitudine de supraevaluare a simptomelor fizice, iar cele din urmă manifestă tendinţa contrară, de negare a bolii.

Se disting două tipuri de tulburări funcţionale:

•tulburările somatoforme,

•tulburările disociative.

TULBURĂRILE SOMATOFORME

Simptomele somatice fără suficiente cauze organice sunt denumite „tulburări somatoforme” în lista internaţională a bolilor ICD-10, a cărei utilizare este obligatorie în Germania din anul 2000, iar în Austria din 2001. Acest termen înlocuieşte denumirea oficială anterioară de „tulburări funcţionale somatice de natură psihogenă”. De asemenea, în trecut, multe dintre persoanele afectate erau diagnosticate cu: distonie vegetativă, nevroză vegetativă, labilitate psihovegetativă sau stare de epuizare psihofizică.

Tulburările somatoforme se referă la insuficienţe de natură organică ale funcţiilor vegetative sau la modificări ale ţesuturilor care, adesea,

au cauze psihice sau psihosociale. Termenul „somatoform” sugerează faptul că aceste tulburări se

manifestă întocmai ca acelea cu cauze organice, aceste cauze somatice neputând fi însă identificate în urma investigării riguroase. Cu toate acestea, persoanele afectate sunt convinse că au o suferinţă organică. Există aşadar o discrepanţă între dovezile obiective şi starea subiectivă. Deşi nu se înregistrează disconfort somatic substanţial, termenii „somatoform” şi „psihogen” nu sunt echivalenţi, întrucât tablourile simptomatologice sunt adesea declanşate, menţinute şi amplificate de interacţiunea dintre factorii biologici, psihologici şi sociali.

Pentru a stabili diagnosticul de tulburare somatoformă nu este necesară stabilirea unei cauze organice (în sensul unei tulburări organice „reale” cu complicaţii de natură psihogenă) şi nici identificarea unei cauze psihice (în sensul unui conflict psihic patogen). Delimitarea factorilor psihici de cei organici se realizează adesea artificial. O tulburare somatoformă există şi în situaţia în care există în mod clar o cauză organică a simptomatologiei fizice (de ex., dureri de spate sau dureri la nivel genital), însă gravitatea, proporţia, diversitatea şi durata acuzelor, precum şi implicaţiile psihosociale nu pot fi explicate suficient de către această cauză organică.

Cu alte cuvinte, în cazul tulburărilor somatoforme nu este vorba mai cu seamă despre identificarea unor cauze psihice sau de excluderea unor cauze organice, ci despre descrierea

unui tipar specific de comportament potrivit căruia, pe lângă simptome, identificate de obicei pentru a stabili un diagnostic medical, sunt de asemenea relevante şi convingerile care sunt tipice pacienţilor (de ex., teoria subiectivă pe care aceştia o au asupra bolii) şi diferitele tipare de interacţiune (tipul relaţiei medic-pacient, comportamentul social).

Tulburările somatoforme pot avea cauze diverse. Cel mai adesea, acestea au la bază suprasolicitări de natură fizică şi psihică – cu alte cuvinte stresul, în sensul cel mai larg al cuvântului. Motivul pentru care în cazul stresului există un anumit tablou simptomatologie fizic poate fi înţeles numai privind la fiecare caz în parte.

în principiu, în cazul tulburărilor somatoforme, se disting trei tipuri de cauze:

1. tendinţele constituţionale şi vulnerabilitatea fizică (predispoziţia), atunci când disconfortul atinge un anumit grad,

2. condiţiile declanşatoare (factorii declanşatori) precum factorii de stres – fizici, psihici sau sociali,

3. condiţiile care menţin tulburarea (factorii agravanţi) precum anumite reacţii

ale persoanelor în cauză sau ale celor din jur, precum şi factorii constanţi de stres, din cauza cărora tulburarea devine cronică.

Din cauza acestor factori, se formează următorul cerc vicios:

1. Percepţia accentuată a disconfortului, fixarea atenţiei şi nivelul crescut de excitaţie psihică;

2. Evaluarea fenomenelor ca fiind patologice;

3. Dezvoltarea unor acuze somatoforme;

4. Dezvoltarea unui comportament de supraprotecţie şi evitare care are ca urmare agravarea simptomatologiei care, din nou, devine obiect al percepţiei, întărind astfel cercul vicios.

în cazul oamenilor cu tulburări somatoforme se identifică durate mai lungi ale simptomelor, concedii medicale mai îndelungate, vizite la medic şi spitalizări mai dese decât în cazul a numeroşi alţi pacienţi cu tulburări preponderent psihice şi de comportament. Tulburările somatoforme constituie exemplul perfect pentru a ilustra importanţa viitoare a colaborării dintre medici, psihologi şi psihoterapeuţi.

Pacienţii cu tulburări somatoforme se întâlnesc mai cu seamă în cabinetele medicilor de familie şi ale interniştilor, mai puţin în cele ale psihiatrilor. Mulţi dintre cei afectaţi încă trăiesc cu spaima că vor fi declaraţi bolnavi psihic sau chiar nebuni din pricina faptului că manifestă tulburări „închipuite”, care nu sunt de natură organică. Pur şi simplu, aceştia au mari probleme cu faptul că medicina înalt tehnologizată a eşuat în diagnosticarea şi tratarea tulburării de care ei suferă.

Persoanele cu tulburări somatoforme continuă şi în prezent să fie considerate „copii vitregi” ai medicinei şi ai psihoterapiei. Nivelul insuficient al tratamentelor din practica clinică este un indiciu asupra unei vulnerabilităţi semnificative a sistemului nostru medical. în decursul anilor în care tulburarea se cronicizează, persoanele afectate au parte adesea în mediul social de lipsa înţelegerii, respingere, lipsa ajutorului şi agresiune şi nu arareori ei sunt etichetaţi drept „ipohondri”.

în cazul a numeroşi pacienţi cu tulburări somatoforme, poate fi identificată în trecut sau în prezent şi existenţa depresiei, atacurilor de panică sau tulburărilor de personalitate. Cu toate acestea, simptomele psihice nu se află în prim-planul experienţei bolii, ceea ce poate îngreuna stabilirea unui diagnostic. în cazul a numeroşi alţi pacienţi somatoformi nu pot fi identificate simptome psihice. O tulburare somatoformă adesea poate fi recunoscută numai dacă pe lângă acuzele organice actuale se adresează în anamneză şi întrebări referitoare la simptomele corporale

din trecut care au fost insuficient explicate de o condiţie medicală organică.

Este de remarcat faptul că numeroşi pacienţi cu acuze somatoforme relatează experienţe de viaţă dificile, fără a manifesta emoţii intense, în timp ce pentru un observator este evident faptul că încărcătura emoţională se exprimă sub forma acuzelor somatice, persoanele afectate nu pot să identifice cel mai adesea asemenea conexiuni. îşi cunosc situaţiile stresante de natură psihosocială, nu îşi pot imagina însă cum acestea pot contribui la îmbolnăvirea lor.

Tulburările somatoforme pot fi rezumate după cum urmează:

• Persoanele afectate se prezintă în mod repetat la medic cu simptome fizice fără cauze organice, în timp ce alte persoane suferă de afecţiuni similare fără a se prezenta însă la diverşi specialişti.

• Persoanele afectate solicită cu îndârjire controale medicale în ciuda a numeroase rezultate neconcludente şi a asigurărilor primite de la medici în legătură cu faptul că simptomele nu au cauze organice.

•Atunci când sunt prezenţi factori somatici, aceştia nu explică felul şi gradul de manifestare a simptomelor şi nici suferinţa şi implicarea interioară a pacienţilor.

• Chiar şi atunci când debutul şi menţinerea simptomelor se află în strânsă legătură cu evenimente de viaţă neplăcute, cu dificultăţi şi conflicte, de regulă pacienţii refuză încercările medicilor de a discuta despre posibilitatea de existenţă a unor cauze psihice.

Până la 13% din populaţie suferă pe parcursul vieţii de un sindrom somatoform care necesită îngrijire medicală. Proporţia tulburărilor atinge în cabinetele medicilor generalişti chiar şi 35%, iar în spitalele generale până la 30%.

Tulburările somatoforme se pot transforma în tulburări psihosomatice care se asociază cu modificări ale ţesuturilor, respectiv în tulburări organice funcţionale.

Se disting şase grupe de tulburări somatoforme:

1. Tulburarea de somatizare,

2. Tulburarea nediferenţiată de somatizare,

3. Tulburarea funcţională autonomă somatoformă,

4. Tulburarea hipocondriacă, inclusiv dismorfofobia (teama de a fi diform),

5. Tulburarea algică persistentă somatoformă, 6. Alte tulburări somatoforme.

Tabelul 1: Prezentare generală a tulburărilor somatoforme

TULBURĂRILE DISOCIATIVE CONVERSIVE

psihogenă sau „tulburarea disociativă motorie”) sau tulburări disociative cognitive (de ex., tulburările psihogene de memorie sau „amneziile disociative”).

Din perspectivă psihosomatică sunt relevante tulburările disociative corporale care au cauze psihogene precum evenimentele traumatizante, conflictele care sunt de nesoluţionat sau de nesuportat. Conform tradiţiei psihanalitice, ele sunt denumite şi „tulburări de conversie”. Termenul de „conversie”, care a fost introdus deja de Sigmund Freud, pune accentul pe faptul că emoţiile neplăcute, care iau naştere din cauza unor dificultăţi de nerezolvat şi unor conflicte, ajung într-un anume fel să fie translatate în simptome. în acest caz nu există nicio tulburare de conştiinţă. Cu toate acestea, simptomele de conversie şi simptomele disociative cognitive pot apărea împreună cu tulburări ale conştiinţei cum ar fi pierderea de natură psihogenă a memoriei care apare, de exemplu, în cazul unei crize convulsive disociative. Există trei grupe de tulburări disociative corporale (tulburări de conversie):

1. Tulburarea disociativă motorie,

2. Convulsia disociativă,

3. Anestezia şi pierderea senzorială disociative.

Tabelul 2: Prezentare generală a tulburărilor disociative (conversive)

Tulburările de conversie reprezintă deficite neorganice care afectează funcţionarea motorie sau senzorială, în timp ce tulburările somatoforme afectează cu precădere organele comandate de sistemul nervos vegetativ. Diferitele simptome de conversie se manifestă adesea în concordanţă cu concepţia neavizată pe care

pacientul o are cu privire la îmbolnăvirea fizică, necorespunzând, de regulă, căilor anatomice şi mecanismelor fiziologice de îmbolnăvire. Specialistul le poate

recunoaşte cu uşurinţă ca fiind simptome care nu sugerează o condiţie neurologică. în cazul simptomatologiei de conversie, simptomele nu sunt concordante cu dovezile clinice organice, acestea din urmă fiind mai puţin evidente (de ex., în ciuda paraliziei, funcţiile motorii sunt intacte; sau orbirea ce apare în condiţiile reacţiilor normale ale pupilelor), şi nici cu anatomia sistemului nervos (de ex., impresia de lipsă a senzaţiilor în opoziţie cu aria de acoperire a sistemului nervos senzorial).

Spre deosebire de gradul înalt de prevalenţă al tulburărilor somatoforme, tulburările de conversie au fost raportate numai la maximum 0,3% din populaţie. Tulburarea este de două ori mai frecventă în cazul femeilor decât în cel al bărbaţilor. Diferitele tulburări somatoforme şi tulburări disociative corporale sunt prezentate detaliat în secţiunile dedicate fiecărei grupe de organe în parte.

TULBURĂRILE PSIHOSOMATICE PROPRIU-ZISE

Prin tulburări psihosomatice propriu-zise se înţeleg acele deteriorări ale organelor sau acele tulburări în exercitarea funcţiilor organice care sunt influenţate într-o asemenea măsură de factori psihici şi psihosociali, încât tulburarea nu poate fi explicată exclusiv pe baza cauzelor organice. Cu alte cuvinte, este vorba despre afecţiuni fizice cu afectări perceptibile ale ţesuturilor diferitelor organe sau despre o tulburare a funcţiilor organismului cu etiologie organică. Factorii psihici sau sociali exercită un rol mai mult sau mai puţin important în declanşarea, menţinerea şi agravarea tulburării.

Din cauza sensului său ambiguu, termenul „psihosomatic” este evitat în sistemele de diagnosticare actuale. Tulburările psihosomatice propriu-zise sunt definite foarte general ca „factori psihologici şi influenţe comportamentale care apar în cadrul unor tulburări clasificate în alte categorii nosologice” şi care au influenţat declanşarea şi evoluţia acestor tulburări. Astfel, pe viitor, ar trebui ca în practica clinică de zi cu zi să fie utilizată denumirea „factori psihologici şi influenţe comportamentale în cadrul...” (de ex., cu completarea „în cadrul astmului bronşic”). Tulburările psihosomatice în sens restrâns necesită aşadar un diagnostic dublu: pe de o parte, specificarea codului pentru factorii psihologici, pe de altă parte, a codului pentru respectiva tulburare organică. Constituie exemple tipice pentru asemenea diagnostice duble următoarele afecţiuni: astmul bronşic, ulcerul gastric, ulcerul intestinal, dermatita, eczema, urticaria. în situaţia în care simptomele psihiatrice sunt mai pronunţate este pus şi diagnosticul de „tulburare de adaptare, reacţie depresivă prelungită”. în practica clinică de zi cu zi, aceasta este adesea situaţia pacienţilor cu durere.

Adesea trece un timp îndelungat până când pacienţii psihosomatici ajung să înţeleagă faptul că există o legătură între corp şi psihic. Ei delimitează foarte clar domeniul corporal de cel psihic, astfel încât înclină către metode de tratament care se adresează exclusiv corpului. Adesea chiar

diferitele categorii de îngrijitori încurajează această atitudine! Astfel, pacienţii sunt adesea mai puţin perceptivi faţă de propriile lor afecţiuni, persistă în a se fixa pe rolul de bolnav care suferă de o tulburare organică şi umblă de la medic la medic cu speranţa că vor găsi o soluţionare exclusiv organică a problemei lor. în cazul acestor pacienţi, „sufletul”, respectiv nevoile şi emoţiile lor, nu se mai exprimă nemijlocit, ci numai în mod indirect prin intermediul corpului. Aceştia vor trebui să înveţe să-şi înţeleagă şi să-şi remedieze

propriul disconfort atât din punct de vedere fizic, cât şi psihic. Puţini dintre aceşti pacienţi înclină către a-şi explica tulburarea din punct de vedere psihic şi a trece în plan secund latura organică a afecţiunii.

Pe lângă tulburările disociative, somatoforme şi psihosomatice în sens restrâns, există în sistemele de diagnosticare actuale şi o altă categorie de tulburări psihofizice: „probleme de comportament care se asociază cu tulburări şi factori organici”. Dintre acestea fac parte tulburările de alimentaţie, tulburările neorganice ale somnului şi

disfuncţiile sexuale neorganice. La aceste tulburări nu ne vom referi mai pe larg în această carte, din cauza unor motive legate de spaţiu editorial.

TULBURĂRILE SOMATOPSIHICE

Prin tulburări somatopsihice se înţeleg bolile fizice primare, ca urmare a cărora apar simptome şi deficite în sfera psihosocială sau care necesită o procesare intensă din punct de vedere psihic (o confruntare cu boala). Pe scurt, este vorba despre implicaţiile psihice şi sociale ale afecţiunilor organice, precum şi despre depăşirea acestora. în prezent, în lumina înţelegerii bolii din punct de vedere bio-psiho-social, se porneşte de la premisa că fiecare boală are câte o componentă fizică, psihică şi socială. Tulburările care sunt în principal de natură psihică, după cum ar fi tulburarea de anxietate sau depresia, se manifestă şi sub forma simptomelor fizice, iar tulburările care sunt în principal de natură fizică au şi consecinţe psihice care vor trebui avute în vedere şi gestionate în acelaşi mod în care se întâmplă în cazul tulburării organice primare. în consecinţă, orice afecţiune fizică poate fi privită dintr-o perspectivă psihosomatică.

Cu cât o boală se cronicizează, cu atât aspectele organice intră în fundal în favoarea celor psihice şi psihosociale. întrucât măsurile strict medicale adesea nu aduc o ameliorare suficientă, pe viitor, pentru a îmbunătăţi nivelul calităţii vieţii celor afectaţi, se vor dovedi din ce în ce mai importante abordările terapeutice din psihosomatică şi medicina comportamentală. Această abordare necesită colaborarea interdisciplinară a tuturor grupelor profesionale implicate în vindecare şi acordare de suport.

Exemple tipice ale unor afecţiuni şi intervenţii cu consecinţe somatopsihice sunt: cancerul, SIDA, afecţiunile cardiace coronariene, diabetul zaharat, bolile tiroidiene, bolile reumatice, numeroase tulburări algice, tulburările autoimune, insuficienţele renale cronice (la pacienţii de dializă), hepatita C, hernia de disc, epilepsia, traumatismele la cap, operaţiile la cap, afecţiuni ale creierului. în

cazul acestor afecţiuni şi al altor tulburări cronice nu mai este valabilă înţelegerea bolii dintr-o perspectivă unidimensională, biomedicală, uzitată în medicina tradiţională. în cadrul unei terapii cuprinzătoare vor trebui avute în vedere obiceiurile de viaţă, dificultăţile de natură socială, obiceiurile comportamentale individuale şi contextul psihosocial.

Creşterea calităţii vieţii şi evitarea pericolului de creştere a gradului de invaliditate constituie obiectivele tuturor intervenţiilor psihologice şi psihoterapeutice în cazul îmbolnăvirilor cronice. Factorii psihosociali sunt de o importanţă majoră pe tot parcursul perioadei de reabilitare.

Ca urmare a simptomelor fizice, a deprecierii fizice apărute în urma intervenţiilor chirurgicale şi a deficitelor funcţiilor organismului, persoanele care suferă de afecţiuni fizice vor trebui să înveţe să gestioneze numeroasele probleme psihice şi sociale apărute:

- ameninţarea subiectivă la adresa vieţii şi frica de moarte,
- stagnarea sau chiar agravarea bolii,
- predictibilitatea redusă a evoluţiei bolii,
- diminuarea performanţei fizice şi mentale,
- ameninţarea integrităţii fizice,
- ameninţarea la adresa imaginii de sine şi diminuarea stimei de sine,
- deteriorarea dispoziţiei şi afectarea echilibrului emoţional,
- restrângerea relaţiilor sociale şi a posibilelor roluri sociale,
- dependenţa de medici, personal de îngrijire, aparatură şi mijloace tehnice de ajutorare,
- nesiguranţă şi limitarea planurilor de viaţă şi de viitor,
- dureri cronice şi disconfort datorat analgezicelor opiacee,
- deprimare datorată trăirii experienţei terapeutice în mod descurajant şi negativ,
- reacţii depreciative din partea celor din jur.

ASPECTE TERAPEUTICE

Tratamentul psihosomatic are în vedere trei direcţii de vindecare:

1. Intervenţia asupra organelor. Va trebui restabilită capacitatea de funcţionare a organelor afectate (prin măsuri medicale, programe de recuperare de fizioterapie, intervenţii psihologice etc.)

2. Intervenţia asupra mediului înconjurător. Dacă se doreşte o vindecare de durată sau cel puţin o diminuare a simptomatologiei, va trebui intervenit şi asupra aspectelor psihosociale patogene, pe fundalul cărora s-a dezvoltat insuficienţa organică. în acest sens, se recomandă terapiile centrate pe interacţiune, cum sunt terapia de cuplu sau de familie, precum şi măsuri psihosociale de suport, cum este consilierea pe probleme profesionale.

3. Intervenţia care are ca scop redefinirea relaţiei cu organul afectat. Bolnavii psihosomatici vor trebui să-şi optimizeze relaţia cu propriul corp şi în special cu zona organică afectată; ei vor trebui să înveţe şi noi moduri de gândire şi de comportament, care să le faciliteze trăirea unei vieţi mai sănătoase. în acest sens, pot fi utile diverse forme de terapie individuală care au în vedere corpul, sentimentele şi tiparele de gândire.

Procesul de vindecare psihosomatic decurge în patru etape. Prima etapă o constituie dobândirea unei mai bune înţelegeri asupra problemelor psihosomatice. A doua etapă ar trebui să vizeze utilizarea capacităţilor existente şi a resurselor în vederea obţinerii unor posibile schimbări care să ia locul trăirii unui sentiment deprimant de a fi „defect” din punct de vedere fizic şi psihic. A treia etapă presupune adesea luarea unor decizii cu privire la schimbarea vieţii şi a convingerilor, pentru a reduce astfel terenul propice de menţinere a tulburărilor psihosomatice. A patra etapă constă în

luarea măsurilor necesare pentru vindecare şi creştere a calităţii vieţii.

Comparativ cu pacienţii cu tulburări preponderent psihice cum sunt tulburările de anxietate, pacienţii cu tulburări somatoforme şi psihosomatice manifestă un grad de motivaţie redus cu privire la psihoterapie. în cadrul terapiei, acesta este aspectul care va trebui dezvoltat şi întărit

cu precădere. Un element decisiv care contribuie la decizia şi momentul când pacientul este pregătit să înceapă o psihoterapie nu este atât stresul psihologic generat de suferinţă, cât propria înţelegere subiectivă asupra cauzelor bolii şi asupra posibilelor şanse de vindecare.

Tratamentul psihologic şi psihoterapeutic are la bază analiza exactă a comportamentului şi a problematicii; într-o primă fază va trebui identificat întregul context de circumstanţe care au condus la apariţia tulburării. Ce simptome fizice şi ce emoţii sunt prezente? Cum se raportează persoanele în cauză la simptome şi disconfort şi cum le interpretează? Ce emoţii şi tipare cognitive se află în legătură cu simptomele actuale? Ce tipare referitoare la boală şi ce credinţe cu privire la sănătate sunt prezente? Care sunt toţi acei factori care au declanşat, menţin şi chiar agravează tulburarea? Care este contextul familial, de cuplu, social şi profesional care influenţează tulburarea? Ce conexiuni există între factorii fizici, psihici şi sociali? Ce consecinţe are disconfortul, ce urmări ar avea înlăturarea sau ameliorarea suferinţei? Care sunt obiectivele primare şi cele secundare ale tratamentului?

Terapeutul şi pacientul vor elabora împreună un plan de tratament psihologic respectiv psihoterapeutic individual care, în funcţie de specificul fiecărui caz în parte, va avea în vedere următoarele aspecte:

• Clarificarea obiectivelor terapeutice. în locul formulării unor obiective terapeutice generale, neclare şi nerealiste („Să devin din nou sănătos şi să fiu la fel ca înainte") vor trebui stabilite obiective concrete, realiste şi verificabile („Să învăţ să gestionez mai eficient durerea"). Obiectivele mai ample vor trebui divizate în obiective specifice pentru

a putea aduce garanţii ale unor experienţe de succes şi pentru a întări convingerea cu privire la progresele viitoare.

• Faza de informare. Persoanele afectate, care de regulă nu au o înţelegere cu privire la conexiunile dintre corp şi psihic şi care, prin urmare, nu dispun de un model al tulburării plauzibil şi util, vor trebui să dobândească o înţelegere adecvată asupra bolii, din perspectivă bio-psiho-socială, pentru a putea contribui astfel activ la propria lor însănătoşire. Cunoaşterea faptului că îşi pot influenţa propriile simptome sporeşte încrederea pacienţilor în propriile posibilităţi de intervenţie. Prin intermediul unei informări exhaustive (psihoeducaţie) asupra tuturor aspectelor posibile ale respectivei tulburări, o „persoană suferindă" se poate transforma într-o persoană care acţionează activ, care îşi ia soarta în propriile mâini şi care nu aşteaptă în mod pasiv să beneficieze de intervenţii strict medicale asupra organelor afectate.

• Chestionarele de autoobservare şi jurnale ale simptomelor. Pentru a

dobândi o mai bună înţelegere asupra conexiunilor dintre simptomele actuale şi propriile sentimente, tipare de gândire şi de comportament, precum şi asupra contextului de viaţă psihosocial, persoanele afectate vor trebui să completeze chestionare de autoobservare şi jurnale ale simptomelor.

• Terapia cognitivă. în cadrul procesului cognitiv, se pune accentul pe analiza şi modificarea gândurilor şi convingerilor referitoare la cauzele, posibilităţile de gestionare şi consecinţele simptomelor. O modificare respectiv o resemnificare a atribuirii cauzelor este de importanţă crucială pentru ca pacientul să poată coopera în cadrul terapiei. Pacientul va trebui să înveţe să-şi explice şi să-şi înţeleagă simptomele dintr-o perspectivă psihofiziologică şi nu doardintr-o perspectivă medicală strict organică. Efectul înspăimântător al unor presupuneri, precum „îndată o să leşin", se diminuează datorită unor explicaţii alternative precum („Musculatura gâtului meu este foarte încordată"). Importantă este şi elaborarea unei înţelegeri realiste asupra stării de sănătate. De exemplu: a trăi fără durere este imposibil! în urma identificării credinţelor principale asupra stării de sănătate şi de boală existente, vor putea fi elaborate alte convingeri mai adecvate şi mai realiste.

• Experimentele comportamentale. în special pacienţii cu tulburări somatoforme cu tendinţe hipocondriace vor trebui ca prin intermediul unor exerciţii de expunere (de ex., mişcări rapide sau hiperventilare) să înveţe să tolereze mai eficient disconfortul fizic, precum palpitaţiile, dificultăţile de respiraţie sau ameţeala.

• Somatoterapia. Metodele de somatoterapie precum metoda Feldenkrais, kinetoterapia, terapia bioenergetică, terapia Gestalt sau fizioterapia permit o mai bună percepţie şi un mai bun control asupra corpului.

• Terapia de relaxare. Trainingul autogen, metoda Jacobson de relaxare progresivă musculară, tehnica de biofeedback, autohipnoza, tehnicile de imagerie, meditaţia, tehnicile de respiraţie şi exerciţiile de percepţie a corpului permit atingerea unei stări de linişte interioară şi de relaxare.

• Intensificarea activităţii fizice şi diminuarea comportamentelor de supraprotecţie. Creşterea progresivă a activităţii fizice are ca scop creşterea tonusului fizic, întărirea identităţii corporale şi diminuarea comportamentelor frecvente de evitare.

• Gestionarea mai eficientă a stresului. învăţarea tehnicilor de combatere a stresului serveşte la prevenirea trăirii unor sentimente de suprasolicitare şi a unor faze de resemnare.

• Confruntarea adecvată cu emoţiile. Prin intermediul unui program de educare a emoţiilor va fi exersată o mai bună percepţie şi un mod de exprimare mai adecvat al emoţiilor (de ex.: neajutorare, apatie, deznădejde, tristeţe, dezamăgire, furie, supărare, scârbă, singurătate, nevoia de protecţie).

• Terapia orientată pe conflict. Simptomele psihosomatice şi tulburările psihosomatice propriu-zise se declanşează (respectiv sunt întărite) adesea din cauza anumitor conflicte interioare cum sunt dorinţele sau nevoile contradictorii. Această presiune interioară poate fi procesată cu atenţie, diminuată progresiv sau chiar total înlăturată.

• Terapia traumei. Numeroşi pacienţi cu tulburări somatoforme sau psihosomatice sunt victimele violenţei sexuale şi/sau fizice survenite în perioada copilăriei, a adolescenţei sau în cea adultă, iar aceştia necesită o formă specială de terapie pentru a prelucra într-un mod mai eficient experienţa traumatică.

• Gestionarea problemelor familiale (terapia de familie şi de cuplu). Terapia de familie şi de cuplu poate fi utilă în eliminarea unor cauze principale sau a unor consecinţe negative ale respectivei tulburări.

• Creşterea calităţii vieţii. Diverse strategii (de ex., implicarea în hobby-uri, reactivarea unor interese, construirea unui cerc de prieteni) sunt menite să sporească starea de bine fizică şi psihică.

• Măsurile de reintegrare la locul de muncă. în situaţia în care este necesar, măsurile de recuperare în vederea creşterii capacităţii de implicare în activitatea profesională sunt menite să faciliteze revenirea la locul de muncă.

• Măsurile de prevenire a recăderilor. Pacienţii vor trebui să aibă în vedere respectarea unui regim de viaţă echilibrat pentru a preveni recăderea sau agravarea simptomelor.

Tulburările psihosomatice sunt tratate în mod adecvat în cadrul unui tratament care presupune intervenţii psihologice clinice şi psihoterapie care vor fi desfăşurate în colaborare cu medicii. în Germania sunt acreditate trei aşa-numite metode principale care sunt finanţate de către Casa de Asigurări de Sănătate: terapia comportamentală, psihanaliza, psihoterapia psihodinamică, în timp ce în

Austria statul recunoaşte 18 metode de psihoterapie. Partea a 2-a

Multiplele faţete ale tulburărilor psihosomatice

Corpul este cel care traduce mesajele sufletului în vizibil.

CHRISTIAN MORGENSTERN

CÂND TOTUL GRAVITEAZĂ ÎN JURUL INIMII

„Dă-i jale i glas.

Durerea când nu plânge

Rămâne-n suflet şoapta care-l frânge”

WILLIAM SHAKESPEARE (*Macbeth)*

FOBIA CARDIACĂ – FRICA DE MOARTE, ÎN CIUDA UNEI INIMI SĂNĂTOASE

Domnul Weber este electrician de montaj pentru instalaţiile electrice, are 36 de ani, este căsătorit şi are doi copii. De şapte ani acuză dureri în zona inimii fără a putea fi identificată o cauză organică a suferinţei. Domnul Weber interpretează palpitaţiile, ritmul accelerat al inimii şi aritmiile ca semne ale unui iminent infarct. Prima dată, simptomele au apărut la două luni după moartea subită a tatălui său. Are un unchi care a suferit două operaţii de bypass, iar fratele său suferă de tensiune arterială şi trebuie să ia medicamente. Domnul Weber se teme că va avea o soartă similară şi se supune multor controale medicale în diferite spitale – inclusiv unei proceduri de cateterism cardiac care se efectuează la cererea sa expresă, fără a fi necesară. Domnul Weber resimte şi o constrângere economică, întrucât costul pentru noua sa casă este încă în curs de achitare. Decizia de a accepta un post în deplasare, la montaj, a fost în cele din urmă o chestiune legată de bani, pentru care a plătit preţul scump al îndepărtării de soţie. Pe parcursul lungilor sale absenţe, acesteia îi face plăcere să iasă cu prietenele ei, iar el se teme că ea s-ar putea îndrăgosti de un alt bărbat. El însuşi are, datorită profesiei, suficiente posibilităţi de a cunoaşte mai îndeaproape alte femei şi, deşi are această dorinţă, nu se încumetă, de teamă că astfel căsnicia i-ar

putea eşua definitiv. De când a suferit un „atac de cord” căruia i s-a asociat frica de moarte, pe când se afla într-un hotel din străinătate, întâmpină dificultăţi în a înnopta singur atunci când este în deplasare, ceea ce treptat îi creează probleme cu şeful. Un concediu medical mai prelungit aduce o ameliorare rapidă, ce se datorează, probabil, faptului că se află alături de soţia sa. La reînceperea activităţii profesionale însă, problemele cardiace se manifestă cu şi mai mare intensitate, astfel încât medicul său de familie îi dă o trimitere pentru a merge la un psiholog.

„A PUNE LA INIMĂ”: INIMA ŞI PSIHICUL

Inima – organ muscular cavitar, de mărimea unui pumn, care dispune de patru cavităţi – este, din punctul de vedere al funcţiei pe care o exercită, o pompă de vid cu două sisteme de pompare conectate în serie, care reglează circulaţia sangvină. Este alcătuită din două camere (ventriculi) şi atriile acestora. Un ventricul împreună cu atriul aferent formează împreună un sistem de pompare. Atriul drept absoarbe sângele utilizat din vene şi îl pompează prin ventriculul drept către plămâni, unde acesta este oxigenat în alveolele pulmonare. De la plămâni, sângele ajunge în atriul stâng, iar ventriculul stâng pompează sângele cu presiune sporită către aortă de unde este distribuit în corp prin intermediul arterelor şi arteriolelor. Muşchiul cardiac este alimentat de către trei mari artere coronare, care pornesc de la baza aortei şi care ulterior se ramifică în vase sangvine mai mici care se distribuie reticular la nivelul muşchiului cardiac. Inima pompează sângele prin intermediul vaselor arteriale în corp şi primeşte sângele prin intermediul venelor. Vasele arteriale se îngustează pe măsură ce se îndepărtează de aortă. Prin intermediul vaselor capilare – cele mai fine vase sangvine –, corpul este alimentat cu oxigen, nutrienţi, anticorpi, hormoni şi alte substanţe vitale. în acelaşi timp, de aici pleacă substanţele reziduale precum dioxidul de carbon. Pe minut sunt pompaţi 4 până la 5 litri de sânge prin corp. în stare de repaus, inima bate mai încet (până la 60 de bătăi pe minut), iar în situaţia solicitării fizice şi psihice, aceasta bate mai alert (până la 180 de bătăi pe minut).

Fiecare bătaie de inimă este formată dintr-o fază de umplere (diastolă), în care sângele este colectat, şi faza de contracţie (sistolă), în care sângele este expulzat. Valvele, care se deschid şi se închid pe rând împiedică sângele provenit din circuitul sangvin să ajungă înapoi în ventriculi şi de acolo în atrii. Ritmul cardiac este reglat prin intermediul nodulului sinoatrial care se găseşte la intrarea în atriul stâng. Nodului sinoatrial este comandat de sistemul nervos vegetativ: sistemul nervos simpatic accelerează, iar sistemul nervos parasimpatic încetineşte bătăile inimii.

Inima nu constituie doar din punct de vedere fizic organul central al corpului nostru, ci şi din punct de vedere emoţional. Ea este considerată ca fiind sediul celor mai puternice emoţii pe care le trăim – sediul iubirii, al compasiunii şi al bunătăţii. Inima a fost văzută timp de secole ca fiind motorul vieţii, iar în cultura lumii antice şi în alte culturi, ea era considerată ca fiind sediul sufletului, respectiv

al conştiinţei. Inima constituie *organul* psihosomatic prin excelenţă.

Importanţa care se acordă inimii din punct de vedere emoţional reiese din numeroase expresii – iată o selecţie: putem fi inimoşi, cu inima caldă, cu inima de gheaţă, cu inima de piatră, cu inima deschisă, cu inima îndoită, cu inima uşoară sau lipsiţi de inimă. Inima ni se poate uşura, îngreuna sau încălzi. Faţă de o anumită persoană, inima noastră poate fi împietrită, închisă sau deschisă. Aceasta poate fi dăruită, frântă, furată, pierdută sau cucerită. Facem ceva din toată inima, dar şi pentru că suntem buni la inimă, uneori ne vine inima la loc, punem ceva la inimă sau este vorba despre o chestiune pe care o avem pe suflet. Iubim pe cineva din toată inima, primim o persoană în inima noastră, suntem trup şi suflet pentru cineva sau ne uşurăm inima atunci când vorbim cu cineva. Uneori ne luăm inima în dinţi, alteori nu avem inima să facem un anumit lucru, avem o piatră pe inimă, avem ceva pe suflet, ne luăm o piatră de pe inimă, cineva ne face inima să bată mai tare sau ne răneşte inima. De emoţie, inima ne bate în gât, inima ne stă de frică, ne cade în chiloţi de frică, ni se strânge de frică, inima ne înţeapă de atâta încordare, explodează de fericire, ni se înmoaie inima de milă sau ni se rupe inima de durere.

Dar ce anume se întâmplă cu adevărat în cazul unor emoţii foarte puternice? în principiu, orice solicitare fizică sau psihică poate creşte activitatea inimii. în caz de stres, enervare, supărare, furie şi frică, bătăile inimii sunt accelerate prin intermediul sistemului nervos simpatic, activitatea de pompare a inimii este sporită, vasele de sânge se dilată, circulaţia sangvină se intensifică. în mod subiectiv, toate acestea sunt percepute ca bătăi puternice de inimă, palpitaţii sau tulburări de ritm cardiac, înţepături, dureri sau senzaţii de apăsare în piept.

Ca urmare a acestor senzaţii, multe persoane consideră că ar trebui să se supraprotejeze din punct de vedere fizic. Consecinţele sunt fatale: în scurt timp, inima o ia razna chiar şi în situaţia efectuării unui efort minim, întrucât lipsa de forţă a acesteia va trebui compensată prin mai multe bătăi de inimă. O inimă neantrenată nu mai reuşeşte adesea să exercite o presiune suficientă pentru a vasculariza întregul corp doar prin simpla putere generată de propria contracţie, ceea ce are ca urmare încercarea de a compensa acest deficit prin creşterea numărului de bătăi. Mişcarea şi antrenamentul fizic sunt foarte importante pentru a preveni palpitaţiile şi dificultăţile de respiraţie şi pentru a avea astfel o inimă mai puternică.

Problemele cardiologice funcţionale pot apărea şi în cazul anumitor tulburări psihice. în situaţia unor atacuri de panică, în majoritatea cazurilor, în prim-plan se

află palpitaţiile, percepute ca având un potenţial de ameninţare la adresa vieţii. în cazul depresiilor apar adesea palpitaţii, bătăi de inimă neregulate, extrasistole (acestea sunt bătăi de inimă care se află în afara ritmului de bază obişnuit sau bătăi de inimă care apar cu întârziere) şi dureri în zona inimii (înţepături, senzaţie de arsură, palpitaţii, presiune).

Tabelul 3: Tulburări cardiace relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

FOBIA CARDIACĂ

Afecţiunile cardiace somatoforme apar la 10 până la 25% din populaţie şi la 15 până la 20% dintre pacienţii care se prezintă în cabinetele medicilor generalişti şi specialişti. Paresteziile (falsele senzaţii), care nu sunt de natură organică, precum bătăile puternice ale inimii, tulburările de ritm, palpitaţiile şi durerile de inimă, amplifică teama de a suferi de o boală de inimă.

Cea mai frecventă tulburare somatoformă este reprezentată printr-un tablou simptomatologie care în trecut era denumit „fobie cardiacă" sau „nevroză cardiacă". Este vorba despre o frică legată exclusiv de inimă şi care, datorită specificităţii ei, este denumită fobie. De fapt, este vorba despre expresia unei frici imense de boală care în multe dintre cazuri este explicabilă datorită istoricului de viaţă (boli coronariene sau infarct în familie, la rude sau în cercul de prieteni).

O fobie cardiacă se caracterizează prin simptome similare stării de panică, de natură somatoformă sau hipocondriacă:

• Simptome similare unui atac de panică centrate însă pe senzaţiile percepute la nivelul inimii: palpitaţii (până la 160 de bătăi de inimă pe minut), creştere bruscă a tensiunii arteriale (până la 210/110 mm Hg), tulburări de ritm cardiac (extrasistole), arsuri şi senzaţii de căldură în partea superioară a inimii, înţepături, dureri sau tensiune în piept (pe partea stângă).

• Transpiraţie, senzaţii de căldură sau frig, tendinţa spre hiperventilare, dificultăţi de respiraţie, senzaţii de încleştare sau de sufocare, senzaţii de ameţeală, tulburări ale sensibilităţii (parestezii), greaţă.

• Senzaţie de iminenţă a morţii, asemănătoare sentimentului de panică, ce este indusă de simptome evaluate ca fiind semnele unei boli de inimă.

• Concentrare anxioasă permanentă asupra inimii cu teama de a nu suferi de o boală de inimă până acum necunoscută, deşi în urma controalelor medicale repetate nu a fost identificată nicio dovadă de natură organică.

• Neîncredere în funcţia cardiacă automată, astfel încât sunt întreprinse în mod exagerat controale (palpare şi măsurare frecventă a pulsului, precum şi a tensiunii arteriale). Concentrarea permanentă asupra inimii duce la percepţia exagerată a inimii şi amplifică anxietatea cardiacă, manifestată chiar şi în cazul celei mai mici neregularităţi. Se porneşte astfel un cerc vicios, întrucât simplul fapt de a-ţi îndrepta atenţia în mod selectiv, sporit şi

încordat asupra activităţii cardiace are ca efect o uşoară creştere a frecvenţei bătăilor cardiace.

• Frici hipocondriace care determină evaluarea unor stări fizice normale drept semne ale unui infarct.

• Preocupare permanentă cu privire la luarea unor măsuri medicale de siguranţă (a sta în preajma unor unităţi medicale, informaţii referitoare la reglementările serviciilor medicale de urgenţă).

• Atitudine pronunţată de evitare a suprasolicitării inimii. Pacienţii cu fobie cardiacă se menajează mai mult chiar şi decât le este recomandat pacienţilor care au suferit un infarct.

• Transmiterea anxietăţii cu privire la inimă şi membrilor de familie şi implicarea acestora în adoptarea unui stil de viaţă adaptat stării de boală astfel încât locuinţa va avea aspectul unui sanatoriu. Atenţie: aparţinătorii întăresc fixaţia cu privire la boală dacă susţin un asemenea climat de supraprotecţie.

• Dependenţa faţă de membrii cei mai apropiaţi din familie, îndeosebi faţă de partener, care este cel de la care pacientul aşteaptă siguranţă şi protecţie, după o viaţă în care, de obicei, a trăit multiple experienţe de pierdere. Pacienţii cu fobii cardiace au tendinţa de a avea tipare relaţionale simbiotice, trăind cu anxietate sporită fiecare prilej de nesiguranţă în relaţia de cuplu.

• Vizite frecvente la medici internişti şi nu la psihiatri şi psihoterapeuţi, întrucât persoanele afectate se simt bolnave din punct de vedere fizic şi nu psihic.

în funcţie de tipul şi de intensitatea anxietăţilor cardiace, se disting trei grupe de pacienţi cu fobii cardiace:

• Pacienţi cu fobie faţă de moartea cauzată de o problemă cardiacă. Aceştia trăiesc atacuri de panică şi sunt copleşiţi de frică.

• Pacienţi hipocondriaci cu privire la moartea cauzată de o problemă cardiacă. Ei nu experimentează atacuri de panică, ci trăiesc cu convingerea subiectivă că vor muri din cauza unei probleme cardiace. Vestea că inima lor este sănătoasă nu este una care să-i liniştească. Din cauza fricii cu privire la moartea cauzată de o problemă cardiacă, aceştia doresc să întreprindă adesea controale medicale cardiologice.

• Pacienţi hipocondriaci cu privire la probleme cardiace. Au permanent o preocupare faţă de starea inimii, dar nu trăiesc cu frica de moarte.

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE DE RITM CARDIAC

Tulburarea de ritm cardiac neorganică este cea de-a doua cea mai frecventă simptomatologie somatoformă din sfera cardiacă. în cadrul acesteia, hormonii de stres sunt cei care modifică starea normală de funcţionare automată a nodulului sinoatrial, astfel încât apar simptome precum bătăi accelerate de inimă, dereglări de ritm, palpitaţii sau accelerarea pulsului. Când acestea sunt interpretate ca fiind periculoase, adesea se dezvoltă atacuri de panică. în cazul acestora, ca şi în cel al fobiilor cardiace, devine dominantă frica faţă de un infarct chiar şi în urma efectuării controalelor medicale.

Cele două cele mai importante tulburări funcţionale sunt tulburarea de frecvenţă cardiacă (tahicardia: mai mult de 100 de bătăi pe minut, bradicardia: mai puţin de 60 de bătăi pe minut) şi bătăile neregulate ale inimii. în acest caz este vorba despre o aritmie supraventriculară

benignă care se deosebeşte de aritmia ventriculară care este periculoasă şi care îşi are originea la nivelul ventriculilor, şi în cazul căreia sunt posibile complicaţii severe care pot culmina cu moartea subită.

Extrasistolele care nu sunt de natură organică sunt bătăi ale inimii „ieşite din grafic” care apar ca urmare a trecerii rapide de la bătăile de inimă accelerate la cele încetinite. în urma bătăilor de inimă accelerate şi pentru a-şi restabili ritmul, inima face o scurtă pauză pe care multe persoane o percep ca fiind înspăimântătoare. Aceasta este o reacţie absolut normală şi nepericuloasă! însă pentru a distinge între tulburările de ritm cardiac periculoase şi cele nepericuloase, este însă întotdeauna necesară investigarea medicală amănunţită.

Stresul, agitaţia şi anxietatea pot determina congestia, pe fond nervos, a vaselor coronariene („angină pectorală spastică” ca urmare a constricţiei spastice); consecinţa o constituie lipsa fluxului de sânge şi de oxigen la nivelul inimii care adesea se asociază cu durere, ce iradiază mai ales în braţul stâng, şi cu teama că ar putea surveni un infarct. în această situaţie apar dureri mari însoţite de teamă, ca şi în cazul anginei pectorale. Spre deosebire de aceasta însă, aceste dureri sunt trecătoare, întrucât apar strict „pe fond nervos”.

TULBURĂRILE ORGANICE

Tulburările organice se manifestă atunci când apare un dezechilibru între necesarul de sânge şi de oxigen în muşchiul cardiac şi între aportul de sânge şi de oxigen furnizat prin intermediul vaselor coronariene. Afecţiunile cardiace coronariene apar pe fondul unei arterioscleroze (calcifieri) a sistemului vascular arterial. Astfel, vasele de sânge devin din ce în ce mai puţin elastice, volumul vaselor se îngustează şi vasele de sânge coronariene nu mai funcţionează în mod satisfăcător (insuficienţă coronariană). Inima primeşte un aport mai mic de oxigen decât ar fi necesar. Consecinţele: angina pectorală, tulburări de ritm cardiac şi infarct. Modificarea vaselor sangvine ca urmare a arteriosclerozei constituie baza unui accident

vascular sau a trombozei care apare cel mai adesea la nivelul picioarelor.

Factorii de risc primari care determină îngustarea vaselor sangvine ca urmare a arteriosclerozei sunt: nivelul crescut de lipoproteine din sânge (în special nivelul crescut de colesterol LDL), tensiunea arterială (hipotonie arterială), diabetul zaharat (diabetes mellitus) şi fumatul. Factorii de risc care nu au legătură cu stilul de viaţă sunt: sexul masculin, vârsta înaintată şi stresul familial. Factorii de risc secundari sunt: obiceiurile alimentare nesănătoase, supraponderalitatea, lipsa mişcării, concentraţia crescută de acid uric în sânge, modificările caracteristicilor trombocitelor, precum şi stresul cauzat de anumiţi factori psihosociali (probleme emoţionale, suprasolicitare profesională, circumstanţe care generează schimbări ale vieţii, lipsă a suportului social, condiţii socioeconomice nefavorabile).

ANGINA PECTORALĂ

Angina pectorală (senzaţia de „strâmtoare în piept") este simptomul cel mai frecvent, dar care însă nu apare în mod obligatoriu în cazul unei tulburări cardiace coronariene. Ea se referă la îngustarea unei artere coronare care determină astfel diminuarea circulaţiei sangvine. Aceasta este denumită angină pectorală stabilă atunci când simptomele apar în mod constant ca urmare a stresului fizic şi psihic. Cei care suferă de această tulburare simt în spatele sternului dureri apăsătoare, asemănătoare celor care apar în cazul unui accident vascular, care iradiază în partea stângă a pieptului, în braţul stâng, dar şi în partea superioară a pieptului, la nivelul gâtului, umerilor, spatelui sau epigastrului. Durerile sunt percepute ca o presiune enormă în piept sau ca senzaţie apăsătoare de durere sau de arsură, în cazul unor atacuri severe, pot apărea şi stări de colaps însoţite de greaţă, dificultăţi de respiraţie, transpiraţie şi anxietate. Durerile în piept durează de obicei numai

câteva minute şi cedează în condiţii de îngrijire, repaus, relaxare şi cu ajutorul medicamentelor.

în cazul anginei pectorale instabile, simptomele apar în stare de repaus sau în cazul unei solicitări reduse, menţinându-se pentru perioade din ce în ce mai îndelungate şi intensificându-se. Din cauza pericolului de infarct, este necesară intervenţia imediată. Odată cu manifestarea simptomatologiei anginei pectorale de efort, se poate suspecta o afecţiune coronariană care, cu ajutorul investigaţiei EKG de efort, poate fi delimitată clar de existenţa unei afecţiuni cardiace funcţionale sau de durerile provenite de la nivelul coloanei vertebrale. Atunci când vasele coronariene sunt deja îngustate, stresul poate conduce temporar la diminuarea circulaţiei sangvine şi, astfel, la simptome dureroase la nivelul pieptului. Din perspectivă psihosomatică, este relevant faptul că, atunci când afecţiunea este prezentă, emoţii puternice precum furia şi supărarea pot provoca declanşarea simptomelor anginei pectorale.

Infarctul

Infarctul este cea mai frecventă cauză singulară de deces. în rândul naţiunilor vestice industrializate, rata infarctului a înregistrat o scădere ce se datorează creşterii calităţii tratamentului acut şi a medicinei preventive. Cu toate acestea, numărul pacienţilor cu afecţiuni cardiace coronariene a crescut. Infarctul reprezintă obturaţia unui vas de sânge coronarian, din cauza unui cheag de sânge care determină ca ţesutul aflat în spatele acestuia să nu mai fie alimentat cu sânge şi cu oxigen şi ca deşeurile metabolice să nu mai poată fi eliminate, astfel încât ţesutul moare după doar câteva secunde. Dacă infarctul afectează un vas sangvin de dimensiune mare sau o mare parte a inimii, efectul este moartea imediată; în alte cazuri însă, apare o angină pectorală cu durere puternică în spatele sternului care adesea iradiază în braţul stâng, cu scăderea tensiunii arteriale şi a pulsului, transpiraţie rece şi dificultăţi majore de respiraţie. în cazul în care este afectată o mai mică parte a inimii, infarctul trece aproape neobservat („infarct silenţios" cu scurte dureri în piept şi acuze mai degrabă nespecifice). Majoritatea pacienţilor care suferă de infarct îl trăiesc ca pe un „fulger venit din ceruri". Adesea, aceştia ignoră semnele de avertizare pe parcursul unei perioade îndelungate. Premisa pentru un

infarct o constituie existenţa unor microleziuni la nivelul celui mai profund strat al vaselor sangvine. Sedimentele (plăcile) – care s-au format din multiple straturi, pe parcursul unui proces îndelungat, în urma căruia diametrul vaselor sangvine s-a îngustat – se pot

sparge şi pot obtura vasul sangvin ca urmare a tensiunii peretelui vasului sangvin sau a proceselor vasoconstrictive.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

în tulburările funcţionale de ritm cardiac, stresul şi anumite emoţii precum furia şi frica determină modificări ale bătăilor inimii. în concepţia psihanalitică, la baza fobiei cardiace se află adesea un conflict care are legătură cu partenerul de cuplu: pe de-o parte există dorinţa pentru mai multă independenţă, pe de altă parte frica pentru pierderea dependenţei. Adesea, fobia cardiacă este expresia unei pronunţate frici generale de îmbolnăvire, a unei monitorizări corporale ipohondrice, a unei fixaţii asupra senzaţiilor cardiace, apărute ca urmare a propriului istoric de viaţă sau a elaborării deficitare a infarctului unei rude, respectiv al unei persoane cunoscute.

în situaţia unei afecţiuni cardiace coronariene, următorii factori psihici şi psihosociali sunt extrem de semnificativi în declanşarea şi evoluţia bolii:

1. Ostilitatea şi tendinţa de a se consuma până la epuizare. La sfârşitul anilor '50 ai secolului trecut, aşa-numitul „tip A” era considerat, prin excelenţă, *personalitatea* de risc pentru apariţia infarctului. Acest model comportamental a fost primul model explicativ psihosocial, care a dominat apoi, timp de câteva decenii, psihosomatica infarctului. Conform acestuia, tipurile de personalitate extrem de ambiţioase, nerăbdătoare, mereu încordate, preocupate, agitate şi stresate se pot îmbolnăvi cu uşurinţă de inimă. Acest model este respins deja de ceva vreme de către experţi, fiind considerat unul simplist, dar – în mod dezastruos – el poate fi încă întâlnit în cărţile de popularizare. Multe părţi ale acestui model au trebuit să fie revizuite, cu toate acestea însă există anumite componente care s-au dovedit a constitui pericole pentru apariţia unui infarct: atitudinea ostilă, emoţiile agresive şi supărarea permanentă în special în legătură cu incapacitatea de a depăşi ostilitatea şi furia în mod constructiv. Furia acută poate într-adevăr declanşa o îngustare a vaselor de sânge coronariene şi, în consecinţă, un infarct; aceasta favorizează desprinderea plăcilor arteriosclerotice şi obturarea vaselor de sânge coronariene din cauza cheagurilor de sânge care se formează astfel. în cazul persoanelor care suferă de afecţiuni cardiace coronariene, riscul apariţiei unui infarct este în mod vizibil accentuat în primele două ore de la trăirea unei pronunţate stări de furie.

2. Caracterul depresiv, lipsa speranţei şi extenuarea. Aceşti factori s- au dovedit a fi, în ultimii ani, factori semnificativi de risc, întrucât aceştia, datorită activităţii diminuate a sistemului nervos parasimpatic (lipsa liniştii şi a relaxării), favorizează

dezvoltarea unei afecţiuni cardiace coronariene. Noi descoperiri demonstrează faptul că tulburările care au cauze psihice vor trebui luate în serios şi tratate, întrucât acestea, datorită hiperactivităţii pe termen lung a sistemului care secretă hormonul de stres (a nivelului crescut al cortizolului, hormonul legat de stresul cronic), favorizează apariţia tulburărilor fizice.

3. Stresul acut şi cronic. Stresul cronic, care nu poate fi autocontrolat şi nici diminuat prin metode de relaxare şi recreere, se asociază cu numeroase reacţii psihice şi biologice care pot determina apariţia unui infarct prin creşterea tensiunii arteriale, prezenţa unor valori crescute a nivelurilor de lipide în sânge, înregistrarea unor factori modificaţi de coagulare a sângelui, îngustarea vaselor sangvine coronariene, apariţia unor tulburări de ritm cardiac ce pun în pericol viaţa şi prin fisuri ale plăcilor arteriosclerotice.

4. Lipsa suportului social şi emoţional. Lipsa susţinerii sociale şi a aprecierii emoţionale şi izolarea socială îngreunează confruntarea cu factorii de stres fizici, psihici şi sociali şi pot, prin

urmare, să sporească riscul apariţiei unei afecţiuni coronariene. în situaţia suportului social precar, rata mortalităţii în cazul persoanelor care suferă de afecţiuni cardiace se dublează.

5. Solicitarea sporită în plan profesional, atunci când nu există posibilităţi de influenţare ale condiţiilor la locul de muncă. Stresul la locul de muncă devine un factor de risc pentru dezvoltarea unor afecţiuni cardiovasculare atunci când cerinţele sunt prea mari, iar posibilităţile de a controla procesele care se desfăşoară la locul de muncă sunt prea reduse, aşadar, atunci când, la nivel individual, nu există nicio marjă de libertate în luarea deciziilor, nu există autonomie, iar propriile abilităţi nu pot fi puse în valoare. Lipsa suportului social la locul de muncă constituie un factor suplimentar de stres.

6. Lipsa echilibrului între implicarea profesională şi aprecierea primită. Este dovedit faptul că riscul de infarct este sporit atunci când efortul suplimentar nu se asociază cu recompense pe măsură, precum salarizarea, aprecierea, posibilităţile de promovare profesională şi siguranţa la locul de muncă.

7. Statutul socioeconomic scăzut. Boala cardiacă coronariană s-a transformat dintr-o afecţiune considerată în trecut ca fiind „boală de director” într-o boală care afectează pătura socială defavorizată. Posibile explicaţii sunt: capacitate mai limitată de a influenţa situaţia de viaţă şi situaţia profesională, stil de viaţă mai puţin sănătos, obiceiuri alimentare mai nesănătoase, conştientizare mai redusă a stării

de sănătate, îngrijire medicală mai precară.

Cel puţin în cazurile în care afecţiunile cardiace coronariene sunt deja prezente, factorii psihosociali enumeraţi constituie factori de risc, întrucât aceştia determină o continuă supraactivare a sistemului nervos simpatic şi inhibiţia sistemului nervos parasimpatic; astfel, pe termen lung, o simplă predispoziţie arteriosclerotică se poate accentua.

în cazul grupului pacienţilor care au suferit un infarct, comparativ cu grupul de control al persoanelor sănătoase, au fost identificaţi următorii factori stresori: orele de muncă suplimentare (mai mult de 40 pe lună), presiunea timpului, întreruperea frecventă a fluxului de activitate, cerinţele contradictorii, problemele cu superiorii, pericolul adoptării unor măsuri de raţionalizare, pericolul unor transferuri şi al pierderii statutului. Aceste circumstanţe au devenit semnificative pentru a favoriza dezvoltarea unei afecţiuni numai atunci când ele au fost însoţite de dificultăţi exterioare sferei profesionale, precum experienţele de pierdere, cazurile de boală şi conflictele în viaţa privată. în comparaţie cu pacienţii sănătoşi, pacienţii care au suferit un infarct şi care s-au confruntat cu multiple provocări în viaţa profesională şi personală prezintă, de patru ori mai frecvent, trăsături de personalitate care corespund aşa-numitului tipar de personalitate de tip A (ambiţie, spirit competitiv, nerăbdare, potenţial înalt de manifestare a agresivităţii şi ostilităţii).

Aceste conexiuni complexe care există între factorii profesionali, cei de viaţă personală şi cei specifici tipului de personalitate îndeamnă la prudenţă cu privire la alegerea unor modele explicative prea simpliste ale factorilor de stres care stau la baza tulburărilor psihosomatice, precum şi cu privire la alegerea unor explicaţii unidimensionale sau monocauzale ale acestora. Până acum nu există dovezi ştiinţifice asupra faptului că stresul şi factorii emoţionali în sine stau la baza dezvoltării afecţiunilor cardiace coronariene. Conform modelului actual de conceptualizarea bolii dintr-o perspectivă bio-psiho-socială, există mai mulţi factori care contribuie la dezvoltarea acestor afecţiuni. Chiar şi în cazurile în care componentele psihice pot fi demonstrate în mod clar, este necesară întotdeauna întreprinderea unei investigaţii medicale care are ca scop evitarea pericolului declanşării unui infarct.

Până de curând, conexiunile dintre afecţiunile cardiace coronariene şi situaţiile psihosociale stresante au fost identificate exclusiv în cazul bărbaţilor. într-un studiu referitor la riscul apariţiei unui infarct la femei a putut fi confirmat şi în cazul acestora tabloul deja cunoscut: riscul unei afecţiuni cardiace coronariene creşte în

cazul femeilor care provin din pături sociale defavorizate, au dificultăţi familiale şi probleme de cuplu, suferă ca urmare a stresului la locul de muncă şi se află în situaţii de izolare socială. în

situaţia femeilor care au o afecţiune cardiacă coronariană, riscul apariţiei unui nou infarct este mai crescut în condiţii de stres cronic marital decât în condiţii de stres la locul de muncă.

STRATEGII TERAPEUTICE

în primul rând, persoanele cu tulburări somatoforme de ritm cardiac au nevoie să primească informaţia liniştitoare că, în situaţia persoanelor care au inima sănătoasă, majoritatea tulburărilor de ritm cardiac nu sunt periculoase. Pentru a nu fi tot timpul tentaţi să dezvolte modele explicative medicale, pacienţii vor trebui să înveţe a recunoaşte conexiunile care există între, pe de o parte, starea lor emoţională şi situaţiile stresante de natură psihosocială şi, pe de altă parte, senzaţiile pe care le resimt în sfera inimii. Pacienţii cu fobii cardiace vor trebui nu numai să înveţe să manifeste o atitudine mai puţin anxioasă în a-şi observa şi a-şi simţi inima, ci şi să descopere de ce anume le este frică cu adevărat: pierderea partenerului ca urmare a separării sau a morţii, îmbolnăvirea gravă, respectiv moartea unui părinte, pierderea locului de muncă prin concediere, eşecurile care provoacă propriul disconfort şi critica celor din jur etc. Grijile faţă de presupusele probleme de inimă adesea distrag atenţia de la adevăratele probleme de viaţă, astfel încât este necesar ca, mai mult decât oricând, pe parcursul unei terapii, aceştia să se confrunte cu aceste probleme pentru a găsi soluţii constructive.

în plus, având ca scop înlăturarea fricii faţă de senzaţiile cardiace percepute ca fiind neplăcute, în cazul persoanelor afectate este utilă aplicarea tehnicii expunerii care are ca efect accelerarea rapidă a inimii (prin executarea, de exemplu, a unor genuflexiuni rapide). Pacienţii cu fobii cardiace vor putea utiliza în mod constructiv tehnici de relaxare, precum trainingul autogen, doar atunci când aceştia vor fi învăţat să-şi concentreze atenţia către propriul corp fără a se teme şi fără a-şi influenţa conştient ritmul cardiac. Atunci când persoanele afectate vor învăţa să-şi tolereze mai bine şi să-şi înţeleagă senzaţiile

cardiace, nu vor mai fi necesare controalele medicale la cardiologie. Până la atingerea acestui scop, vor fi întreprinse controale medicale cardiologice periodice, conform indicaţiilor medicului, independent de simptome, pentru a nu întări simptomatologia fobiei cardiace. Activarea sistemului nervos simpatic din cauze emoţionale nu este nicidecum periculoasă şi nu necesită tratament; prescrierea de medicamente betablocante nu face decât a întări convingerea celui afectat că suferă de o boală organică.

Deşi există dovezi clare referitoare la influenţa pe care factorii psihici şi psihosociali îi exercită asupra evoluţiei unei afecţiuni cardiace coronariene, lipsesc studiile concludente care să demonstreze faptul că psihoterapia poate influenţa în mod pozitiv evoluţia bolii. Din practica clinică, se cunoaşte însă faptul că, în

cazurile pacienţilor care au suferit un infarct, intervenţiile psihologice se dovedesc utile în scopul gestionării mai eficiente a situaţiei de îmbolnăvire. Aceste intervenţii constau în îmbinarea mai multor strategii:

1. Programe de informare şi educare (psihoeducaţie). Acestea servesc optimizării complianţei pacientului şi includ informarea comprehensivă pentru înlăturarea fricilor inutile apărute ca urmare a lipsei de informare.

2. Suportul social, optimismul, calmarea şi implicarea personală în mediul social şi în cel de sprijin sunt extrem de importante în faza acută de recuperare.

3. Training de relaxare. Tehnicile de relaxare individuale sau combinate sunt menite să reducă starea de încordare de fond şi să îmbunătăţească starea de bine.

4. Gestionarea stresului. O mai bună gestionare a oricărei forme de stres în cadrul unui program de training pentru gestionarea stresului, pe cât posibil individualizat, protejează corpul pe viitor, în situaţiile de suprasolicitare.

5. Terapia de expunere. Persoanele afectate vor trebui să înveţe să-şi gestioneze mai eficient problemele cardiovasculare, prin intermediul antrenamentului fizic adecvat.

6. Acordarea de sprijin în vederea schimbării stilului de viaţă. Modificările stilului de viaţă, atât în sensul adoptării unei alimentaţii sănătoase, a desfăşurării activităţii fizice şi a sportului, a reducerii consumului de alcool şi tutun, cât şi în sensul diminuării nivelului de stres reduc factorii de risc care determină apariţia unei afecţiuni cardiace coronariene.

CÂND TENSIUNEA ARTERIALĂ O IA RAZNA

Când sângele se pune în mişcare, raţiunea încetează a mai fi stăpânul simţurilor; atunci ies la iveală diferitele carenţe ale temperamentului!

ADOLF FREIHERR VON KNIGGE

HIPERTENSIUNEA PSIHOGENĂ – DATĂ PESTE CAP PRIN STRES ŞI SUPĂRARE

Doamna Maier, 37 de ani, secretară, căsătorită, având un copil, suferă de doi ani de tensiune arterială oscilantă. Valoarea cea mai ridicată o înregistrează în timpul orelor de muncă, valoarea cea mai mică, respectiv normală, în concediu. Mai multe controale cardiologice, la diferiţi medici de specialitate, nu confirmă existenţa unei tulburări cardiovasculare. Simptomatologia s-a instalat odată cu preluarea conducerii firmei de către directorul adjunct, care a hărţuit-o sexual în două rânduri. Se simte total neajutorată în faţa şefului, întrucât demisia ar reprezenta sfârşitul ei existenţial, în lipsa altor locuri de muncă în zonă. De frică, munceşte peste program şi se supără adesea că şeful consideră acest lucru de la sine înţeles. La toate acestea se adaugă tensiunile din familie: soţul nu-i înţelege deloc situaţia, pe zi ce trece se transformă într-un alcoolic şi, în această stare, o agresează sexual. Şi faţă de acesta trăieşte un profund sentiment de neajutorare, întrucât, cel puţin în prezent, divorţul este exclus. Doamna Maier nu a învăţat niciodată să-şi exprime în faţa şefului sau soţului supărarea sau să vorbească cu altcineva despre aceasta. Deşi în interior este plină de furie, în exterior este întotdeauna prietenoasă şi discretă faţă de alţi oameni. Ea înghite totul, în timp ce tensiunea ei arterială creşte vertiginos. Atunci când medicul de familie, care este la curent cu situaţia ei, doreşte să-i prescrie medicamente pentru tensiunea arterială, ea optează, într-o primă fază, să urmeze o psihoterapie pentru a-şi stabiliza astfel tensiunea arterială labilă.

„A FIERBE DE FURIE”: TENSIUNEA ARTERIALĂ ŞI PSIHICUL

Pentru a asigura corpului oxigen şi nutrienţi, inima pompează sânge în sistemul vascular în care, în funcţie de necesarul de energie, se înregistrează diferite valori ale tensiunii. Prin tensiune arterială se înţelege presiunea exercitată de muşchiul cardiac, în urma căreia masa sangvină a întregului organism este transportată prin artere (vase care pleacă de la inimă) în întregul corp. Tensiunea arterială depinde de forţa de contracţie (puterea de pompare) a inimii şi de rezistenţa sistemului vascular arterial. Tensiunea arterială creşte datorită activităţii crescute a inimii şi a îngustării vaselor sangvine arteriale ale pielii.

Valoarea mai ridicată (sistolică) reprezintă tensiunea arterială la contracţia inimii, când inima expulzează la capacitate maximă sângele. Valoarea joasă (diastolică) descrie tensiunea reziduală în sistemul vascular la decontractare (faza de relaxare a muşchiului cardiac) şi constituie o măsură a elasticităţii sistemului vascular arterial. O tensiune diastolică prea ridicată (peste 95 mm Hg) constituie un indiciu asupra îngustării prin calcifiere sau din cauza tensiunii psihice cronice. Tensiunea arterială nu reprezintă o valoare constantă, ci fluctuează în funcţie de momentul zilei (cea mai joasă este în timpul nopţii), anotimp, activitate, factori emoţionali şi numeroase alte condiţii.

Tensiunea arterială se măsoară în milimetri coloană de mercur (mm Hg). Aceasta este optimă („normotonie”) în jurul valorii de 120/80 mm Hg, iar în trecut era considerată o valoare „încă” normală cea de 130-139/85-89 mm Hg. Vorbim despre o hipertonie (hipertensiune arterială) când se ating valori de peste 160/95 mm Hg, măsurate în multiple rânduri, pe antebraţ, după cinci minute de şedere, de-a lungul unui interval temporar de trei luni, şi despre o hipotonie

(hipotensiune arterială) la valori sub 100/70-65 mm Hg. Valoarea hipertensiunii de graniţă era considerată până de curând cea de 140- 160/90-95. Pe baza celor mai noi descoperiri, autoritatea publică sanitară americană a stabilit o tensiune arterială de 120/80 ca fiind normală şi dezirabilă, în timp ce valori sistolice de 121-140 pot determina deteriorări ale pereţilor vasculari şi constituie, prin urmare, „faza pre-hipertensivă".

Componenta emoţională a tensiunii arteriale este relevată de câteva expresii: A fierbe de furie. A ţi se urca sângele la cap. Sângele fierbe în vene sau începe să clocotească. Cineva îşi păstrează cu greu sângele-rece sau cuiva i se umflă venele. în acest caz, mai poate fi de ajutor numai: „păstrarea sângelui-rece"!

Starea psihică influenţează nivelul tensiunii arteriale în mod direct şi puternic: la furie, supărare, frică, entuziasm şi stres, aceasta poate creşte într-un caz extrem până la 240/130 mm Hg. Când aceasta este crescută timp îndelungat pe fond de stres, atunci tulburarea funcţională se poate transforma într-una organică. Corpul învaţă că aceasta este starea normală şi uită care sunt măsurile de scădere a tensiunii arteriale. în timpul odihnei şi relaxării tensiunea arterială scade ca urmare a activităţii cardiace diminuate şi a dilatării micilor vase sangvine arteriale ale pielii. Reacţiile de şoc şi de frică, precum şi stresul suprasolicitant conduc la supraactivitate parasimpatică cu scăderea puternică a tensiunii arteriale până la colaps circulator. Subiectiv, aceasta se poate observa prin senzaţia de ameţeală, eventual chiar prin scurta stare de leşin.

Activitatea sistemului nervos simpatic determină redistribuirea sângelui în corp: aceasta are ca efect creşterea tensiunii arteriale, accelerarea ritmului cardiac şi o mai intensă vascularizare a

muşchilor concomitent cu diminuarea vascularizării zonei gastrointestinale, a rinichilor şi a pielii.

Modificările care au loc în corp ca urmare a reacţiei la stres se produc sub influenţa aşa-numitei axe hipotalamus-hipofiză-glande suprarenale. Rolul cortizolului, hormon legat de stresul cronic, constă în creşterea tensiunii arteriale pentru a asigura corpului mai multă energie; acest proces continuă să se desfăşoare sub influenţa stresului emoţional şi în lipsa mişcării. Pacienţii hipertensivi prezintă un nivel crescut al hormonului stresului cronic (cortizolul), care determină creşterea tensiunii arteriale. Persoanele cu hipertonie manifestă tendinţa de creştere a tensiunii arteriale în situaţii care, în cazul persoanelor cu tensiune arterială normală, nu produc modificări.

Oscilaţiile tensiunii arteriale şi tulburările circulatorii sunt asociate şi anumitor tulburări psihice. în cazul atacurilor de panică sau al curei de dezalcoolizare, tensiunea arterială creşte, iar în cazul depresiilor tensiunea arterială poate scădea. Pacienţilor anxioşi şi celor care au atacuri de panică le este adesea foarte frică de palpitaţii, întrucât, în lipsa cunoştinţelor medicale, aceştia le asociază cu pericolul ameninţător al infarctului, când de fapt, adesea, aceştia prezintă în atacul de panică doar un puls uşor mai accelerat pe care îl supraevaluează ca urmare a percepţiei exagerate a bătăilor inimii.

Tabelul 4: Tulburări ale tensiunii arteriale relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE DEREGLAREA HIPERTONICĂ

Hipertonía situaţională este o tulburare hipertonică trecătoare şi de scurtă durată; în acest caz, tensiunea arterială este crescută – din cauza factorilor psihici precum stresul, supărarea, furia şi frica – însă, măsurând tensiunea arterială pe o perioadă de 24 de ore, profilul tensiunii arteriale este unul normal, cu o medie a zilei de sub

140 mm Hg. De la fluctuaţii permanente ale tensiunii arteriale, în sensul de tensiune arterială oscilantă, se poate ajunge pe parcursul unui interval de timp mai îndelungat la o tensiune arterială stabilă, datorată proceselor de adaptare ale sistemului vascular (de ex., îngroşarea pereţilor vasculari, în special a vaselor de sânge ale rinichilor). Această hipertensiune se va păstra chiar şi când factorii care cauzează iniţial creşterea tensiunii arteriale sunt eliminaţi.

Hipertónia vasculară simpatică este o stare de nelinişte şi încordare de natură psihică (cauzată de stres, furie, supărare, lipsa somnului etc.) care provoacă brusc tahicardie (120-160 bătăi de inimă/minut) şi tensiune arterială (valori de până la 240/110 mm Hg), adesea însoţite de tendinţe de hiperventilare, transpiraţie şi frică de moarte.

PERTURBAREA HIPOTONICĂ (SINCOPA VASOVAGALĂ)

O sincopă este pierderea temporară a cunoştinţei (care durează între câteva secunde şi câteva minute) şi pierderea tonusului muşchilor posturali. Factorul declanşator este vascularizarea temporară precară sau perturbările metabolice ale acelor regiuni cerebrale care determină păstrarea cunoştinţei. După circa două până la trei secunde apar şi simptome, precum starea de slăbiciune, ameţeala, senzaţia de negru în faţa ochilor şi ameţeala, după alte zece secunde se instalează starea de inconştienţă, iar după alte zece până la douăzeci de secunde se adaugă şi crampele musculare. Sincopele vasovagale se declanşează adesea prin sperieturi bruşte, stres psihic sau emoţional şi stări de durere, întrucât mulţi dintre cei afectaţi sunt deosebit de sensibili la aceşti factori declanşatori. Cauza constă într- o reacţie biologică de creştere a vascularizării musculaturii pentru pregătirea reacţiei de fugă care, din cauza unui blocaj la nivelul sistemului nervos central totuşi nu se efectuează, astfel încât o cantitate relativ mare de sânge rămâne acumulată la nivelul picioarelor, iar refluxul sangvin redus către inimă cauzează temporar o vascularizare deficitară a creierului.

Sincopele sunt un simptom, şi nu o boală în sine. Pe lângă numeroasele

tipuri de sincope cu cauze organice există şi sincope funcţionale care, de altfel, constituie majoritatea cazurilor. în contextul psihosomatic este cu precădere importantă sincopa vasovagală. Aceasta este cel mai adesea un rezultat al aşa-numitei hipotonii ortostatice (prin aceasta se înţelege o scădere a tensiunii arteriale la statul îndelung în picioare, când sângele se acumulează în picioare). Semnele premergătoare ale acesteia sunt: vertij, ameţeală, senzaţie de negru în faţa ochilor, slăbiciune musculară, greaţă, transpiraţie, nelinişte, paloare, oftat, căscat (ca semne ale lipsei de oxigen). 30% dintre adulţii sănătoşi au suferit o sincopă vasovagală.

Pacienţilor anxioşi şi cu atacuri de panică le este adesea frică de leşin datorită scăderii tensiunii arteriale; această frică este însă total nefondată, întrucât, dimpotrivă, în cazul atacurilor de panică tensiunea arterială adesea creşte considerabil. în situaţia a trei pătrimi dintre persoanele care manifestă fobii la vederea sângelui, la rănire sau cu frică de înălţime, aceştia au trăit cel puţin o dată o scădere a tensiunii arteriale care a condus la o scurtă stare de leşin, în cazul a două treimi dintre persoanele care au suferit o dată o sincopă situaţională (de ex., când vremea este umedă sau când este caniculă îndelungată), aceasta se constituie într-un eveniment singular. Experienţa unei sincope, care în mod subiectiv este trăită ca pericol de moarte, poate reprezenta un eveniment atât de marcant, încât cei afectaţi dezvoltă un comportament pronunţat de evitare în sensul unei temeri de a se afla în locuri publice (agorafobie) şi aleg retragerea socială din teama de a nu ieşi în evidenţă în mod neplăcut – factori care conduc spre o şi mai pronunţată anxietate şi deprimare.

TULBURĂRILE ORGANICE

Hipertónia arterială

Frecvent hipertónia este considerată ca fiind cea mai răspândită tulburare: în cazul a 20 până la 25% din populaţie se înregistrează niveluri ale tensiunii arteriale care necesită îngrijire medicală. Să mai amintim şi următoarele date care ne pot da de gândit: numai circa jumătate dintre persoanele cu hipertonie sunt corect diagnosticate, aproximativ două treimi dintre pacienţii diagnosticaţi cu tensiune arterială nu beneficiază de un tratament corespunzător, ceea ce înseamnă că tensiunea arterială a acestora nu se situează între limitele normale.

Vorbim despre tensiune arterială mărită atunci când inima depune un efort prea mare de a pompa sângele în corp pentru a aproviziona ţesuturile. Tensiunea arterială creşte prea mult, pentru că inima trebuie ca la fiecare contracţie să expulzeze o cantitate crescută de sânge sau să facă faţă unei rezistenţe mărite a pereţilor arteriali. De aceea muşchiul cardiac se măreşte, având astfel nevoie de o şi mai mare cantitate de oxigen, care însă, tocmai în situaţiile de calcifiere a vaselor de sânge, este distribuit într-o cantitate insuficientă. Hipertónia arterială este unul dintre principalii factori de risc pentru arterioscleroză, fiind absolut necesară stabilizarea tensiunii arteriale.

Tensiunea arterială mărită adesea nici nu este recunoscută ca atare de către cei în cauză, întrucât aceştia, de obicei, nu acuză probleme specifice. Neliniştea generală şi nervozitatea, pulsul accelerat, zvâcnirea tâmplelor, durerea de cap pulsatilă (în special la efort), senzaţia de căldură, înroşirea feţei la efort uşor, ameţeala (adesea cu ţiuit de urechi şi înceţoşarea privirii), furnicăturile în braţe şi picioare, meteosensibilitatea, hemoragia nazală, uşoara durere apăsătoare în piept, dificultatea de respiraţie (îndeosebi în cazul stresului fizic şi psihic), problemele cardiace, oboseala şi scăderea rezistenţei la efort sunt deja simptome ale unei hipertonii, şi nu simple semne premergătoare. Efectele pe termen lung sunt: afectarea inimii, a rinichilor, a ochilor şi a vaselor cerebrale. Sechelele se manifestă sub forma sclerozei, mai precis a unei întăriri şi îngustări a vaselor, care are ca urmare vascularizarea redusă cu pericol de infarct sau accident vascular.

în circa 95% dintre cazurile cu tensiune arterială crescută preexistă o hipertonie esenţială sau primară, mai precis o valoare a tensiunii arteriale crescute care se înregistrează, de obicei, pe tot parcursul vieţii, fără a avea la bază o boală cu simptome recognoscibile – posibilele cauze sunt necunoscute, cel puţin până

acum. Hipertónia secundară apare ca urmare a unor boli, îndeosebi a unor boli renale, se manifestă totuşi numai în 5% dintre cazuri. Hipertónia esenţială este considerată ca fiind o boală multifactorială: alimentaţia nesănătoasă, supraponderalitatea, mişcarea insuficientă, consumul excesiv de sare, consumul crescut de alcool şi nicotină, precum şi ereditatea, după cum îşi exercită influenţa şi diferite afecţiuni principale (de ex., diabetul). De asemenea, pot contribui şi stresul cronic familial, partenerial sau profesional şi diferitele aspecte ale personalităţii (îndeosebi supărarea permanentă sau frica cronică). Stresul determină reţinerea de apă şi sare în organism, precum şi secretarea hormonului denumit renină, care are consecinţe negative asupra funcţionării rinichilor şi care astfel favorizează creşterea tensiunii arteriale. Stresul emoţional constituie un indiciu pentru necesitatea unei consilieri psihologice sau a unei psihoterapii.

HIPOTONIA

Tensiunea arterială scăzută nu este o boală, ci o stare. în situaţia în care totuşi avem de-a face cu o tulburare, următoarele informaţii pot fi de folos: în cazul hipotoniei esenţiale, vasele, din cauza unei disfuncţii de inervare a acestora, sunt atât de dilatate încât cantitatea de sânge expulzată de inimă este insuficientă pentru a obţine o tensiune arterială normală. Aceasta conduce la lipsa de sânge şi de oxigen în creier, precum şi la deteriorări ale tuturor funcţiilor organismului. Tensiunea arterială deranjant de scăzută are următoarele simptome: oboseală, atonie, extenuare, apatie, diminuarea puterii de concentrare şi de efort, senzaţii de ameţeală, tendinţă spre a leşina, ţiuitul urechilor, dureri de cap, senzaţie de negru în faţa ochilor, faţa palidă, mâini şi picioare reci, dureri de inimă (vascularizare insuficientă a inimii care determină lipsa de oxigen), palpitaţii (creşterea tensiunii arteriale), înţepături ale inimii, crampe ale diferitelor organe interne (vascularizare insuficientă), greaţă, lipsa poftei de mâncare, stomac deranjat, balonări, la femei adesea crampe abdominale, dispoziţie fluctuantă, iritabilitate, stare depresivă, meteosensibilitate, nevoie crescută de somn, tulburări de somn (lipsa sângelui din creier, în special între orele 2 şi 4 noaptea).

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Creşterea trecătoare a tensiunii arteriale în lipsa activităţii fizice constituie expresia unei perioade de solicitare emoţională care are ca urmare activarea sistemului nervos simpatic. Emoţiile precum furia, supărarea sau atacurile de panică determină creşterea tensiunii arteriale care persistă pentru un anumit interval de timp şi este percepută de către persoanele afectate ca fiind profund anxiogenă, fapt care are ca efect o creştere suplimentară a tensiunii arteriale şi, totodată, a stării de îngrijorare. De obicei, persoanele afectate, care în mod obişnuit prezintă un nivel normal al tensiunii arteriale, fie vor să-şi măsoare în permanenţă tensiunea arterială, fie, pentru a evita starea de neliniştire, preferă să nu o măsoare deloc. în cadrul unei terapii, aceştia vor trebui ca, pe lângă abordarea problemelor de fond, să înveţe şi care este modul adecvat de utilizare a tensiometrului.

Conexiunile dintre contextul psihosocial şi tensiunea arterială pot fi înţelese cu adevărat numai atunci când este luată în considerare influenţa a diferiţi factori precum funcţia renală, sistemul nervos vegetativ şi sistemul format de hipotalamus-hipofiză-glande suprarenale – interacţiuni care, pe viitor, ar trebui cercetate mai mult. Tensiunea arterială creşte ca urmare a modificării funcţiei renale. Dacă factorii psihosociali pot cu adevărat să determine o creştere a tensiunii arteriale, acest lucru se petrece probabil ca urmare a afectării activităţii renale. în cazul stresului acut, creşte rezistenţa vaselor sangvine renale, circulaţia sangvină se reduce, sarea este eliminată doar în mică măsură – tensiunea arterială creşte. Atunci când stresul, supărarea şi frica se menţin pentru o perioadă suficient de îndelungată, activitatea sporită a sistemului nervos simpatic (secretarea sporită a hormonilor de stres) şi activitatea diminuată a sistemului nervos parasimpatic (lipsa liniştii şi a perioadelor de recreere) determină creşterea pe termen lung a tensiunii arteriale. Această situaţie determină şi secretarea sporită şi constantă a hormonilor de stres (cortizol), a glucozei şi insulinei. împreună cu factorii de risc cunoscuţi, dificultăţile de natură psihosocială cum ar fi gradul crescut de stres ocupaţional, emigrarea, catastrofele şi războiul pot determina creşterea temporară sau permanentă a tensiunii arteriale. Dezechilibrul creat între cerinţele profesionale numeroase şi salarizarea modestă este un factor care contribuie cu precădere la creşterea tensiunii arteriale.

Interesant este şi faptul că în situaţii de furie tensiunea arterială creşte mai

repede decât în situaţii de teroare şi frică. Această descoperire este rezultatul măsurării tensiunii arteriale pe parcursul unei perioade de 24 de ore. Mai degrabă, persoanele care îşi reprimă furia sunt cele care, conform studiilor, dezvoltă încă de timpuriu, pe parcursul perioadei de maturitate, o hipertonie şi prezintă, faţă de persoanele sănătoase, o rată sporită a mortalităţii. Din toate acestea rezultă faptul că cine nu învaţă să-şi gestioneze emoţiile negative, precum supărarea şi furia, îşi suprasolicită inima şi sistemul cardiovascular şi este expus pericolului de a suferi un infarct sau un accident vascular.

Pe de o parte, factorii psihologici, precum stresul emoţional, pot declanşa sincope cu cauze organice cum se întâmplă în cazul infarctului, al aritmiilor sau al morţii subite cardiace. Pe de altă parte, anumite sincope vasovagale sunt cauzate exclusiv de anumiţi factori stresori de natură psihosocială. Astfel de „sincope emoţionale” sunt declanşate de factori psihologici precum stările de şoc (de ex., vestea morţii subite a unei persoane apropiate), senzaţia de scârbă sau frică faţă de sânge (hemofobia), care se corelează cu lipsa strategiilor de ajustare (*coping*). Aceste sincope pot apărea şi ca urmare a unor stări de leşin întâlnite, de exemplu, în cazul persoanelor tinere aflate în cadrul unor manifestări de masă, precum sunt concertele rock. Starea de leşin psihogenă reprezintă, din punct de vedere psihodinamic, un mecanism de a evita o situaţie fără ieşire, întrucât alegerea unor mecanisme precum lupta sau fuga nu este posibilă sau lipseşte curajul (de a opta pentru una dintre alternative). în situaţiile de stres psihic major, persoanele afectate se simt neajutorate şi „sfârşite”. în schimb, aşa-numitele crize disociative însoţite de stări de leşin au loc în lipsa unor modificări ale tensiunii arteriale sau ale frecvenţei cardiace.

După cum afirmă psihanalistul Franz Alexander, cauza creşterii tensiunii arteriale o constituie refularea cronică a agresivităţii, respectiv a ostilităţii. Aşteptarea inconştientă a pacientului cu tensiune arterială crescută de a fi permanent nevoit să se apere fizic împotriva unui atac ar determina creşterea tensiunii arteriale, care ar avea ca scop pregătirea corpului pentru reacţia de apărare. Alexander apreciază faptul că hipertensiunea este una dintre tulburările psihosomatice tipice şi consideră că presupusa ostilitate este refulată, deci că aceasta este una inconştientă. Alţi specialişti consideră că persoanele afectate de această tulburare sunt perfect conştiente de ostilitatea lor, însă nu sunt în măsură să-şi gestioneze în mod adecvat furia, astfel încât ajung să se menţină în starea de tensiune, ceea ce duce la

creşterea tensiunii arteriale. Deşi de câteva decenii se întreprind cercetări în acest domeniu, până acum nu există dovezi clare cu privire la faptul că doar aceşti factori psihici şi psihosociali pot declanşa o hipotonie. Stresul cronic şi emoţiile negative par în orice caz să îngreuneze controlul tensiunii arteriale, în cazul în care hipertonia arterială este deja prezentă. De mai mulţi ani, ipoteza referitoare la rolul agresivităţii şi al stresului este considerată a fi unul dintre cele mai interesante concepte psihologice utilizate în explicarea tensiunii arteriale. în majoritatea cazurilor însă tratamentul nu permite renunţarea la medicamente.

Spre deosebire de hipertensiunea arterială, în cazul hipotensiunii nu au fost elaborate anumite concepte psihologice general acceptate. Hipotonia devine inconfortabilă de-abia în momentul în care, în combinaţie cu alţi factori, nivelul tensiunii arteriale ajunge să scadă prea mult faţă de nivelul tolerat ani de-a rândul, fără probleme, la un nivel scăzut. Conform opiniei a diverşi specialişti, în cazul hipotoniei pot duce la epuizare şi la scăderea tensiunii arteriale factori precum: activarea psihică insuficientă, starea generală de neputinţă cu privire la sarcinile cotidiene şi neputinţa de a rezolva conflicte.

STRATEGII TERAPEUTICE

Este indicat ca, în cazul tensiunii arteriale scăzute, să fie avută în vedere o activare fizică satisfăcătoare, nu numai în scopul creşterii nivelului tensiunii arteriale, ci şi pentru a determina astfel depăşirea comportamentelor de supraprotecţie pe care persoanele afectate le manifestă. Multe femei care, din motive diverse, au suferit în trecut un colaps circulator, se tem ca pe viitor să nu dezvolte un alt atac sincopai şi manifestă un comportament de restrângere a spaţiului de mişcare, în sensul dezvoltării unei frici faţă de spaţiile largi (agorafobie). în cazul sincopei vasovagale, există două aspecte de importanţă deosebită: pe de o parte, mişcarea intensivă a picioarelor pentru a restabili rapid circulaţia sangvină şi pe de altă parte, efectuarea unei analize a situaţiei generale de viaţă şi a posibililor factori declanşatori, cu scopul de a face faţă mai eficient tensiunii generate de anticiparea anxioasă a următoarei sincope.

Concepţia psihosomatică asupra tratamentului hipertensiunii arteriale este una eterogenă. Astfel, sunt combinate în mod eficient elemente precum: remediile pentru hipertensiunea arterială, recomandările pentru modificarea obiceiurilor nesănătoase de viaţă precum şi anumite tehnici de consiliere psihologică şi psihoterapie:

1. Psihoeducaţia. Este absolut necesară transmiterea unor informaţii ştiinţifice de actualitate referitoare la hipertensiunea arterială, la cauzele şi consecinţele acesteia, precum şi la posibilităţile de tratament cu şi fără medicamente. Numai circa jumătate dintre pacienţii care suferă de hipertensiune arterială acordă importanţă terapiei medicamentoase adecvate astfel încât, printr-o informare adecvată, s-ar putea obţine o creştere a complianţei la tratament.

2. Modificarea obiceiurilor alimentare. Recomandabilă este îndeosebi restrângerea consumului de sare, nicotină, cafea şi alcool.

3. Reducerea excesului de greutate. O scădere a hipertensiunii arteriale se poate obţine în primul rând prin reducerea excesului de greutate, şi nu atât datorită reducerii consumului de sare.

4. Terapia prin mişcare. Este dovedit ştiinţific faptul că activitatea sportivă are ca efect reducerea tensiunii arteriale crescute.

5. Training de relaxare. Trainingul autogen, relaxarea musculară progresivă, exerciţiile de respiraţie, metoda biofeedbackului şi yoga contribuie la o stare de fond mai relaxată, întrucât acestea reduc activitatea sporită a sistemului nervos simpatic. Starea iniţială de euforie în legătură cu utilizarea acestor metode s-a diminuat însă: conform unor numeroase studii, cu ajutorul tehnicilor de relaxare se pot determina doar scăderi minore ale tensiunii arteriale (în jur de 10 mm Hg sau mai puţin).

6. Training de gestionare a stresului. O gestionare mai eficientă a stresului şi a factorilor stresori de natură psihosocială conferă un sentiment de control asupra situaţiilor de viaţă. în plus, schimbarea tiparelor de gândire diminuează presiunea interioară constantă generată de dorinţa de a avea mereu control asupra tuturor lucrurilor.

7. Managementul furiei. Este important ca, în locul reprimării furiei şi a manifestării necontrolate a acesteia, să fie deprinsă o atitudine de recunoaştere şi de exprimare a acestor emoţii care să fie adecvată şi adaptată fiecărei situaţii.

CÂND SIMŢI CĂ ŢI SE TAIE RESPIRAŢIA

în respiraţie două haruri vezi:

Aer inspiri; apoi de el te eliberezi;

ceva te apasă şi altceva te primeneşte;

cu a sa minunată îngemănare viaţa te uimeşte.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

HIPERVENTILAŢIA – DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE CAUZATE DE PREA MULTĂ RESPIRAŢIE

Cu prilejul unei vizite la discotecă, doamna Kern, 21 de ani, suferă o criză de hiperventilaţie atât de puternică încât mulţi dintre cei prezenţi cred, într-o primă fază, că ar fi vorba despre o criză epileptică. Din cauza fricii de sufocare, tânăra femeie inspiră şi expiră atât de rapid încât simptomele continuă să se agraveze – apar crampe la nivelul mâinilor şi al picioarelor, iar la nivelul capului, o senzaţie de ameţeală totală. Aceasta se calmează rapid în ambulanţa sosită de urgenţă, întrucât personalul medical îi inspiră încredere. Rezultatele analizelor efectuate în spital sunt complet normale. Cu toate acestea, de atunci încoace, doamna Kern se teme de declanşarea unei noi crize de hiperventilaţie, deoarece niciunul dintre medici nu îi poate explica suficient de convingător care au fost posibilele cauze care ar fi putut declanşa „atacul”. Ea nu poate împărtăşi presupunerea „probabil că v-aţi emoţionat prea mult”, întrucât până ce criza a survenit ea se simţea foarte bine în cercul respectiv de prieteni. După alte trei luni, aceasta suferă o nouă criză de hiperventilaţie, în timp ce se află în casa părinţilor prietenului ei. Este neîncrezătoare cu privire la rezultatele ultimelor investigaţii şi se supune unei noi investigaţii medicale în cadrul secţiei de neurologie a unui alt spital. Pentru a fi investigată „din cap până în picioare” ea trece sub tăcere ultima internare în spital. După reconfirmarea diagnosticului de „tetanie de hiperventilaţie”, psihiatrul consultat îi recomandă să urmeze o psihoterapie. Deja după câteva şedinţe de terapie, îi devine clar faptul că motivul hiperventilaţiei l-au constituit furia şi supărarea: aflându-se la discotecă, a remarcat deodată că prietenul ei dansa cu o fostă colegă de şcoală, fiind foarte strâns îmbrăţişaţi, iar, aflată în casa părinţilor prietenului ei, a crezut că urma să explodeze de furie pentru că, având loc o ceartă, prietenul ei a ţinut partea mamei sale, şi nu a ei. Doamna Kern recunoaşte faptul că are dificultăţi în a-şi

recunoaşte furia şi a o admite – cât despre a o exprima nici nu poate fi vorba, întrucât îi este teamă că ar putea răni pe cineva.

„A SCOATE FLĂCĂRI PE NĂRI DE FURIE”: RESPIRAŢIA ŞI PSIHICUL

Respiraţia înseamnă viaţă! începând cu povestea genezei din Biblie, respiraţia este denumită „suflare de viaţă”. în limbile vechi, pentru respiraţie este utilizat acelaşi cuvânt ca şi pentru suflet sau spirit. Conform credinţelor indiene, *prana,* energia vieţii, este absorbită prin intermediul respiraţiei.

Omul poate supravieţui fără mâncare timp de circa 40 de zile, fără apă aproximativ 5 zile, însă fără oxigen doar câteva minute. Atunci când creierul nu se mai oxigenează apar, deja după câteva secunde, senzaţia de ameţeală şi dezorientare, după 10 secunde – o stare de leşin, iar după 4 minute – leziuni permanente ale creierului.

Respiraţia serveşte mai ales schimbului de gaze la nivelul plămânilor: oxigenul este inspirat, iardioxidul de carbon este eliminat. Oxigenul reprezintă combustibilul organismului prin intermediul căruia au loc toate procesele metabolice. Oxigenul este cel care, la nivel celular, asigură arderea nutrienţilor care astfel pot fi utilizaţi ca resurse energetice ale organismului. în timp ce oxigenul este ars, se formează deşeuri metabolice precum dioxidul de carbon şi apa.

Respiraţia se află în strânsă legătură cu vorbirea, întrucât vocea se formează prin intermediul aerului inspirat. Vorbirea este expiraţia articulată. Exprimarea unor sunete sub forma gemetelor, a suspinelor, a gâfâitului sau a oftatului reprezintă, de asemenea, forme sugestive ale respiraţiei.

Respiraţia bazală ar trebui să nu cuprindă mai mult de 15 respiraţii pe minut (la bărbaţi 12 până la 14, la femei 14 până la 15 respiraţii). La efort se înregistrează până la 30 de respiraţii, iar în condiţiile relaxării ghidate au loc 6 până la 10 respiraţii pe minut. Respiraţia mai rapidă accelerează bătăile inimii, întrucât cantitatea mai mare de oxigen

inspirată trebuie transportată, mai departe, către organe. Respiraţia domoală încetineşte bătăile inimii. Inspiraţia are ca urmare încordarea, iar expiraţia – relaxarea. Cu cât respiraţia este mai superficială, cu atât este mai rapidă şi, de regulă, este mai alert ritmul cardiac.

Un indiciu asupra faptului că respiraţia se modifică imediat sub influenţa emoţiilor îl constituie şi existenţa a numeroase expresii – iată câteva dintre ele: în funcţie de temperamentul pe care îl avem, abia mai putem respira, avem plămânii sănătoşi sau putem rămâne fără respiraţie. Uneori ne ţinem respiraţia de frică, ni se opreşte respiraţia, respiraţia ne stă în loc sau rămânem fără suflare. Adesea, de emoţie, nu mai avem aer sau ni se taie răsuflarea. Pufnim de furie, răbufnim sau ne

ventilăm furia sau, în cele din urmă, dovedim că avem suflu. Din când în când, ne sufocăm de grijă, însă ne luptăm până la ultima suflare. Când rămânem fără respiraţie, tragem din nou aer în piept sau trimitem un oftat către ceruri!

Respiraţia ocupă un rol important în cadrul sistemului nervos vegetativ. Acesta reglează respiraţia prin intermediul celor două ramuri ale sale: prin îngustarea traheei şi contractarea musculaturii branhiale, sistemul nervos parasimpatic sporeşte starea de linişte şi de relaxare a organismului. în situaţia intensificării activităţii fizice, prin dilatarea traheei şi relaxarea musculaturii branhiale, care determină o mai mare extensibilitate a bronhiilor, sistemul nervos simpatic permite ca inspiraţia să fie mai profundă.

Respiraţia alertă are ca urmare creşterea pulsului, respiraţia lentă produce linişte interioară şi relaxare. Respiraţia se află în strânsă legătură cu starea fizică, respectiv psihică. Este imposibil să fii liniştit şi relaxat şi să fii în acelaşi timp emoţionat!

Dacă înainte de a inspira nu se expiră suficient – cum adesea se întâmplă în caz de stres, enervare, furie şi frică –, dioxidul de carbon şi noxele se acumulează în plămân sub forma unor reziduuri respiratorii care astfel ajung în sânge. Consecinţa este o intoxicare

temporară care se traduce în nelinişte, oboseală şi epuizare. O permanentă subalimentare a corpului cu oxigen are ca urmare pe termen lung apariţia stării de tensiune, a durerilor de cap, a problemelor circulatorii, instalarea rapidă a senzaţiei de oboseală, capacitatea redusă de concentrare.

Reacţiile de şoc şi spaimă se exprimă în mod subiectiv prin reţinerea respiraţiei, constricţia gâtului, senzaţia de „nod în gât”, starea generală de slăbiciune, ameţeală, starea de confuzie şi frica de sufocare. Când spaima persistă, abia mai putem expira, aerul rămâne în organism, iar ulterior inspirăm din nou cu pieptul tensionat. Aceasta determină o senzaţie de tensiune în piept, cel mai frecvent pe partea stângă, care declanşează adesea frici legate de starea inimii. Practic, „a trage adânc aer în piept” în situaţii de spaimă are menirea de a-şi acorda un răgaz pentru a se putea concentra pe deplin şi a reacţiona ulterior adecvat (ceea ce nu se întâmplă în cazul „sperioşilor”).

Adesea aerul este reţinut pentru a reprima, astfel, emoţii neplăcute şi a putea face faţă mai bine unor stări de durere. Mulţi oameni percep senzaţia de strâmtoare din exterior ca fiind una interioară, pe care o resimt în zona pieptului. Acest fapt se reflectă şi în rădăcina cuvântului latinesc (*angustiae* = senzaţie de strâmtoare în

piept) care stă la baza formării cuvântului *Angst* (în germ.: teamă, frică, anxietate, îngrijorare). Când anumite locuri sau încăperi ne creează o senzaţie de strâmtoare, simţim că ne este îngrădită libertatea. Avem impresia că nu mai putem respira şi avem tendinţa să fugim la aer liber unde presupunem că vom avea parte de mai mult aer – o tendinţă care se întâlneşte adesea tocmai la persoanele care manifestă teamă faţă de locurile publice (agorafobie).

Toate emoţiile puternice, precum supărarea, furia, frica, panica, durerea, excitaţia sexuală sau tensiunea generată de stres, modifică respiraţia. Persoanele care au frici, care suferă ca urmare a stresului cronic şi care sunt tensionate de obicei au o respiraţie plată, care are loc în partea superioară a toracelui, utilizându-şi astfel doar o treime până la jumătate din capacitatea plămânilor. Atunci când există o mai mare nevoie de oxigen, aceştia au tendinţa să intensifice respiraţia la nivelul toracelui, şi nu a diafragmei. în cazul solicitării emoţionale, se poate ajunge la hiperventilaţie (respiraţie prea rapidă şi prea intensă, respectiv prea superficială), iar în cazul unei spaime bruşte, la apnee tranzitorie urmată de respiraţie alertă.

Tulburări ale respiraţiei se întâlnesc şi la pacienţii cu tulburări psihiatrice, îndeosebi în cazul tulburărilor depresive şi anxioase. Persoanele depresive trăiesc adesea senzaţii de strâmtoare la nivelul toracelui (care ajung până la nivelul gâtului), dificultăţi de respiraţie, senzaţie de apăsare în piept, nevoie acută de aer, respiraţie superficială sau neregulată, respiraţie grea sau senzaţie de iritare în gât cu nevoia de a tuşi. Pacienţii anxioşi şi cu atacuri de panică au adesea senzaţii de anxietate şi de apăsare în zona pieptului. Ei pot prezenta, de asemenea, respiraţie accelerată mergând până la hiperventilaţie, care marchează adesea începutul unei tulburări de panică.

Tabelul 5: Tulburări ale respiraţiei relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE HIPERVENTILAŢIA

Tulburările de respiraţie neorganice sunt denumite tulburări funcţionale autonome somatoforme ale sistemului respirator şi se referă la toate deficitele de reglare a respiraţiei care apar în situaţia unui aparat respirator intact (perete toracic, plămâni, musculatura aparatului respirator). Cea mai importantă tulburare funcţională a aparatului respirator o constituie hiperventilaţia. Aceasta presupune accelerarea şi intensificarea respiraţiei ca urmare a unor cauze emoţionale, într-o măsură care depăşeşte nevoia fiziologică. în acest mod, aportul de oxigen din sânge creşte, iar cel de dioxid de carbon descreşte drastic. Prin urmare, are loc diminuarea calciului

ionic din sânge, care este necesar pentru a asigura supleţea muşchilor, care mai departe determină hiperexcitabilitatea musculară. Aportul redus de dioxid de carbon în sânge creşte rezistenţa vasculară din creier, care are drept consecinţă reducerea fluxului de sânge la nivelul capului.

Există numeroase simptome caracteristice hiperventilaţiei: senzaţia de presiune şi strâmtoare la nivelul toracelui, nevoia acută de aer, sentimentul de a nu putea respira suficient, care se află în strânsă legătură cu presiunea resimţită referitor la a respira profund de câteva ori, bătăi ale inimii, palpitaţii, senzaţia de durere a inimii, senzaţia de amorţeală, furnicături sau tremor al mâinilor (îndeosebi la nivelul vârfului degetelor), al tălpilor şi al picioarelor, furnicături în zona gurii, senzaţia de amorţire a buzelor, senzaţia de nod în gât (constricţia gâtului), crampe musculare la nivelul mâinilor („poziţie de gheară"), mâini şi picioare reci, dureri în piept, dureri musculare, presiune la nivelul capului şi la nivel epigastric, dureri de burtă (din pricina înghiţirii de aer), greaţă, tulburări de vedere, senzaţia de plutire, frica de a leşina, frica de a muri prin sufocare. Dacă hiperventilaţia durează o perioadă mai lungă de timp, persoanele în cauză vor manifesta şi simptome psihice precum ameţeala, senzaţia de irealitate, tulburări de concentrare şi ale stării de conştiinţă. Acestea sunt consecinţele fluxului diminuat de sânge la nivelul creierului. Cu toate acestea, teama de leşin este cu totul neîntemeiată.

De regulă, hiperventilaţia nu se produce pornind de la nivelul respiraţiei de bază. Aceasta este, de cele mai multe ori, consecinţa intensificării inspiraţiei aerului pe gură, declanşată de o puternică agitaţie la nivel emoţional. în lipsa activităţii fizice simultane, oxigenul rămâne la nivelul bronhiilor, neefectuându-se transportarea acestuia până în alveolele pulmonare periferice, ceea ce induce un

sentiment de dificultate de a respira şi o senzaţie de tensiune la nivelul toracelui, percepută ca fiind neplăcută. Din teama de a se sufoca, persoanele afectate respiră din ce în ce mai rapid pe gură, fără a efectua concomitent şi mişcare, provocând în acest fel hiperventilaţia care este însoţită de simptome percepute ca fiind periculoase. Dimpotrivă, atunci când se desfăşoară o activitate fizică, oxigenul inspirat în exces se transformă în dioxid de carbon, iar

raportul oxigen-dioxid de carbon din sânge se normalizează. Atunci când se execută mişcare sau se respiră normal, simptomele dispar rapid, astfel încât intervenţiile medicale (injecţia cu calciu, calmantele sau punga de hârtie la gură) nu sunt necesare.

Adesea, în cazul pacienţilor care suferă de hiperventilaţie cronică, se înregistrează o intensificare a activităţii respiratorii de numai 10%. în plus, de obicei sunt suficiente doar câteva inspiraţii profunde pentru a declanşa un dezechilibru între nivelul de oxigen şi cel de dioxid de carbon.

Există un aspect adesea omis în practica clinică actuală: durerile de inimă şi cele de stomac sau starea de epuizare constantă adesea pot fi corelate cu o permanentă hiperventilaţie uşoară.

TUŞEA CRONICĂ PSIHOGENĂ

Prin aceasta se înţelege o tuse convulsivă, fără modificări patologice ale tractului respirator. Simptomele constau în crize de tuse seacă durând de la câteva minute la câteva ore şi care se pot menţine timp de câţiva ani. Asemenea crize de tuse apar adesea după o bronşită virală, se datorează unei stări de tensiune emoţională sau unei situaţii conflictuale la nivelul psihicului, se agravează în situaţia în care persoana în cauză primeşte grijă şi atenţie şi dispar cu totul pe parcursul somnului. în cazul acestor crize grave de tuse psihogenă nu este nicidecum vorba despre ticul de a-şi drege vocea sau de a tuşi uşor!

TULBURĂRILE ORGANICE ASTMUL BRONŞIC

5 până la 9% dintre adulţi şi 10% dintre copii suferă de astm bronşic. în ultimii 20 de ani, valoarea acestor cifre a crescut în mod dramatic – aceasta fiind o consecinţă a mediului de viaţă industrializat. Poluarea mediului pare să contribuie atât la creşterea prevalenţei

astmului, cât şi la cea a bronşitei şi a afecţiunilor căilor respiratorii superioare. în copilărie se îmbolnăvesc de trei ori mai mulţi băieţi decât fete, în timp ce la maturitate se îmbolnăvesc mai mult femeile. Copiii care au frecventat creşa încă din primul an de viaţă manifestă, mai târziu, mult mai rar reacţii alergice – pentru că este posibil ca astfel să fi ajuns la o mai bună imunizare faţă de factorii alergeni care provoacă astmul.

Caracteristica principală a astmului bronşic o constituie brusca dificultate de a respira, cu o senzaţie de strâmtoare în piept, cel mai adesea însoţită de o tuse iritativă. Cuvântul „astm” provine din greceşte şi descrie întocmai această situaţie, întrucât, în traducere, acesta înseamnă „respiraţie anevoioasă”. Respiraţia este îngreunată, în sensul apariţiei unor dificultăţi în faza de expiraţie. De asemenea, se manifestă şi sunete caracteristice ce se aseamănă gâfâitului şi fluieratului care adesea sunt însoţite de lipsa aerului şi de senzaţia de sufocare. Persoanele afectate trăiesc sentimentul subiectiv că nu mai au aer, când de fapt ei nu pot expira în mod corespunzător. Ei expiră mai puţin aer decât inspiră, confruntându-se astfel cu hiperinflaţia plămânilor. Schimbul de gaze diminuat poate determina leziuni pulmonare, întrucât multe alveole sunt distruse, iar cele care rezistă se măresc excesiv de mult.

Crizele de astm bronşic se instalează brusc, în decursul câtorva minute, şi pot dura de la câteva minute până la câteva ore, existând posibilitatea ca acestea să se menţină şi pe termen mai lung. De cele mai multe ori, musculatura bronhială se decontractează în mod spontan, după o perioadă de timp. Dacă acest lucru nu se întâmplă, viaţa este pusă în pericol, întrucât îngustarea căilor respiratorii care persistă pe termen lung poate afecta grav funcţia cardiacă. Crizele se manifestă cu o frecvenţă care variază de la câteva ore la câţiva ani.

Cel mai adesea, crizele de astm apar în primul deceniu de viaţă, iar la jumătate dintre pacienţi dispar de la sine după perioada pubertăţii; însă acestea se pot manifesta şi până mult mai târziu. De regulă, persoanele afectate sunt în permanenţă preocupate de propria respiraţie şi trăiesc cu teama de a se sufoca. Un

număr redus de persoane care suferă de astm mor cu adevărat din cauza complicaţiilor produse de această afecţiune. în cazul efortului fizic sau al antrenamentului sportiv sau în contact cu aerul rece, poate apărea o aşa-numită „criză astmatică de efort” care are loc ca urmare a îngustării reflexe a bronhiilor şi care poate determina comportamente de evitare a efortului care, pe termen lung, conduc la intensificarea simptomelor.

Distingem între astmul alergic şi astmul nonalergic, de natură infecţioasă. Majoritatea pacienţilor prezintă o formă alergică, pe care au dezvoltat-o în primul deceniu de viaţă. îndeosebi copiii suferă de astm alergic, în timp ce adulţii dezvoltă mai degrabă o formă de astm infecţios.

Astmul alergic reprezintă o reacţie la anumiţi alergeni, care determină inflamarea mucoasei bronşice. Mucusul vâscos poate fi doar cu greu expectorat şi obturează căile respiratorii, fapt care determină dificultăţi respiratorii. în acest caz, sub influenţa unor factori declanşatori (alergeni), crizele de astm sunt determinate de sensibilitatea crescută a bronhiilor, care are un substrat ereditar. Sunt considerate ca fiind alergeni substanţele chimice cum sunt medicamentele, produsele pentru coafat, insecticidele sau formaldehidele, precum şi numeroşi factori naturali iritanţi precum: polenul provenit de la pomi, flori sau ierburi; părul provenit de la animalele de casă şi de curte; praful din casă (excremente ale acarienilor); spori precum mucegaiul sau drojdia; anumite alimente; aerul rece.

Astmul alergic aparţine grupei de atopii sau de afecţiuni atopice căreia îi aparţin şi febra fânului (rinita alergică), urticaria şi eczema atopică (neurodermita difuză). O atopie este o predispoziţie moştenită spre hipersensibilitate însoţită de o reacţie exagerată. Persoanele care suferă de atopii şi-au format anumiţi anticorpi faţă de anumiţi alergeni care se găsesc în cantităţi considerabile în ţesutul pielii şi în mucoase. în urma expunerilor repetate la factorii alergeni se ajunge întotdeauna sau aproape întotdeauna la formarea acestui tip de anticorpi – cel mai

probabil datorită secreţiei de histamină – şi, prin urmare, la reacţii alergice pe piele, ţesuturi conjunctive, mucoase sau bronhii.

Sensibilitatea alergică poate fi fluctuantă pe parcursul vieţii şi este încă neclar care sunt condiţiile care o influenţează. Până în prezent, din punct de vedere strict medical, nu pot fi explicate următoarele:

•de ce în cazul unora dintre persoanele predispuse, astmul alergic nu apare niciodată, iar în cazul altora, simptomele astmatice se declanşează de-abia

după câteva decenii,

•de ce în cazul a numeroase persoane care suferă de astm alergic se declanşează crize, chiar şi în lipsa alergenilor;

•de ce în cazul anumitor persoane care nu prezintă alergii (şi nici astm bronşic infecţios) se manifestă totuşi crize astmatice;

•de ce numeroase persoane care prezintă alergii nu manifestă totuşi reacţii astmatice în anumite situaţii;

•de ce în cazul anumitor persoane s-au declanşat crize în prezenţa unui anumit alergen timp de o lungă perioadă de timp, iar brusc, fără a beneficia de un anumit tratament, aceste crize au încetat;

•de ce anumiţi pacienţi manifestă crize astmatice chiar şi numai la vederea unor fotografii ale anumitor animale.

Astmul nonalergic (infecţios) se declanşează ca urmare a infecţiilor căilor respiratorii superioare şi inferioare şi poate apărea şi ca urmare a unui astm alergic care se află în curs de vindecare.

în trecut, era acceptată şi o a treia formă de astm: astmul psihogen – astm care se dezvoltă datorită unor factori psihici. Această abordare a fost abandonată, ca urmare a descoperirii faptului că astmul nu poate fi exclusiv explicat prin intermediul unor factori psihici şi psihosociali.

Pe scurt, există trei factori care pot determina îngustarea ramurilor traheale, ceea ce determină expulzarea cu dificultate a aerului inspirat:

1. Tensionarea (contracţia spastică) muşchilor netezi ai bronhiilor şi bronhiolelor,

2. Tumefierea mucoasei branhiale care se datorează unui edem cauzat de cele mai multe ori de o inflamaţie,

3. Congestia respiratorie, prin depunerea de mucus la nivelul glandelor bronşice, determinată de secreţia sporită de mucus.

Conform celor mai noi descoperiri, suprareacţia bronşică nu reprezintă cauza astmului, ci o consecinţă a căilor respiratorii inflamate.

BRONŞITA CRONICĂ

Dintre aşa-numitele afecţiuni pulmonare obstructive cronice, care apar la 5 până la 15% din populaţia adultă, enumerăm aici numai bronşita cronică. în cazul acesteia, căile respiratorii centrale şi periferice sunt inflamate sau congestionate cronic, cel mai adesea ca urmare a eredităţii, a stimulilor nocivi sau a unor afecţiuni

pulmonare din trecut, precum astmul, tuberculoza şi fibroza pulmonară. Bronşita cronică nu poate fi total vindecată. Spre deosebire de astmul bronşic care se manifestă periodic cu crize, dar în cazul căruia există lungi intervale în care simptomele se remit, în cazul bronşitei cronice obstrucţia respiratorie este permanentă sau revine, menţinându-se pe parcursul unor lungi intervale de timp.

Simptomele caracteristice sunt tuşea, producţia sporită de mucus, precum şi dificultăţile respiratorii persistente care se agravează atât în contact cu poluanţii specifici, cât şi ca urmare a

desfăşurării activităţii fizice. Pe parcursul evoluţiei ulterioare, drept consecinţă a lipsei de oxigen, apar oboseala şi scăderea performanţei. Tuşea cronică şi producţia de mucus pot preceda debutul clinic cu câţiva ani. Cauza cea mai frecventă a bolii o constituie fumatul, motiv pentru care renunţarea la fumat reprezintă o măsură absolut necesară care va trebui adoptată în mod obligatoriu în cadrul tratamentului.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Afecţiunile respiratorii somatoforme apar cu precădere sub influenţa emoţiilor puternice. în caz de frică, supărare, mânie, furie reprimată, sentimente de vină, stres şi durere, respiraţia este fie rapidă şi profundă – pe alocuri însoţită de oftat –, fie variază între un nivel mediu, însoţit de agitaţie, mergând până la hiperventilaţie (respiraţie rapidă şi superficială). Sindromul de hiperventilaţie se întâlneşte adesea în cazul persoanelor labile emoţional, însă şi în situaţia persoanelor sănătoase, dar care se află în situaţii de surescitare emoţională.

în decursul timpului, în cazul astmului au fost discutate următoarele cauze psihice şi psihosociale şi următorii factori declanşatori:

1. Psihodinamica şi relaţia părinţi-copil. Conform lui Alexander, persoanele astmatice par a suferi ca urmare a unei scindări („conflict de ambivalenţă”) care apare între căutarea şi, în acelaşi timp, evitarea anxioasă a apropierii. Concret, aceasta ar însemna că cineva îşi doreşte să fie ocrotit şi îngrijit de către o persoană semnificativă şi nutreşte în acelaşi timp faţă de aceasta ostilitate şi agresivitate. Ca urmare a unei relaţii simbiotice nedizolvate cu mama – care se pare că reprezintă conflictul central al persoanelor astmatice – s-ar declanşa o criză de astm, ceea ce ar avea ca efect slăbirea legăturii, respectiv chiar separarea de mamă. O terapie a unui caz de astm ar putea avea succes numai atunci cînd emoţiile refulate şi conflictele ar deveni conştiente, iar tendinţele de somatizare ar fi înlăturate. însă chiar Alexander precizează faptul că nu există un profil tipic de personalitate al astmaticului şi că factorii psihici sunt relevanţi numai în interacţiune cu stimulii alergeni. în prezent, presupusele modele de interacţiune referitoare la comportamentele parentale supraprotective şi supracontrolate sunt considerate ca fiind consecinţe, şi nu cauze ale bolii.

2. Factorii psihologici declanşatori. Dezbaterea de sorginte psihanalitică referitoare la cauzele psihogene ale astmului nu a adus un progres. De aceea, preocuparea în domeniul psihologiei nu a mai fost centrată pe elucidarea întrebării cu privire la apariţia bolii, ci atenţia s-a îndreptat asupra modului în care simptomele astmatice se menţin, mai precis asupra factorilor declanşatori psihologici, a condiţiilor care menţin boala şi a consecinţelor psihosociale ale astmului. Deficitele sau tulburările de percepţie, precum şi cele din sfera exprimării emoţiilor favorizează apariţia unei crize de astm. Afectele precum frica, supărarea, furia sau iritarea pot chiar să declanşeze o criză de astm – ca urmare a respiraţiei accelerate. Emoţiile negative conduc la o îngreunare a respiraţiei. Aceste observaţii cu privire la persoanele astmatice, din experienţa de zi cu zi, au putut fi demonstrate şi prin investigaţii experimentale.

3. Stresul, factorii psihosociali şi alte condiţii care menţin boala. Problemele familiale sau profesionale, tulburările psihice precum depresia, tulburările anxioase şi atacurile de panică şi managementul defectuos al bolii pot declanşa o criză de astm sau pot agrava evoluţia bolii.

Un studiu efectuat asupra copiilor şi al adolescenţilor arată faptul că următorii factori psihici şi psihosociali pot agrava boala şi pot creşte rata de mortalitate:

• Managementul defectuos al bolii. Acceptarea insuficientă a bolii, lipsa disponibilităţii de cooperare cu medicii şi neglijarea simptomelor fizice diminuează intensitatea procesului de vindecare.

• Lipsa sprijinului familial. Părinţii nu respectă programările şi recomandările; conflictele familiale precum problemele apărute între părinţi şi copii, divorţul sau separarea părinţilor, alcoolismul şi violenţa pot avea ca efect faptul că atât boala, cât şi copilul să nu fie tratate cu seriozitate.

• Particularităţi psihologice ale copilului bolnav de astm. Fricile, insecuritatea socială, pasivitatea, tendinţa de a refuza, depresia şi lipsa speranţei constituie factori prognostici nefavorabili.

Importanţa factorilor psihosociali este evidenţiată şi de rata înaltă de manifestare a astmului în cazul copiilor proveniţi din cadrul minorităţilor sociale ale căror condiţii de viaţă sunt marcate de sărăcie, lipsa accesului la sistemul de sănătate sau influenţe familiale negative. Studiile efectuate asupra adulţilor au arătat faptul că mortalitatea în cazul astmului se află în strânsă legătură cu bolile psihice, abuzul de droguri, izolarea socială sau negarea gravităţii bolii.

în diverse alte studii, persoanele cu astm au fost comparate cu persoane care nu suferă de afecţiuni respiratorii. Astfel s-a constatat faptul că, în situaţia presiunii psihice sau a solicitării emoţionale, în cazul persoanelor astmatice bronhiile se îngustează foarte mult, iar rezistenţa respiratorie creşte. Deşi astmul nu are cauze psihice, un anumit comportament şi anumite experienţe favorizează apariţia acestuia. Contrar concepţiei încă adesea prezente în literatura de popularizare, trebuie să afirmăm răspicat faptul că astmul nu este o tulburare psihică cu simptomatologie fizică! Prin prisma înţelegerii bolii din perspectivă bio-psiho-socială, astmul

este o afecţiune fizică cronică ce constă în inflamarea şi, ulterior, îngustarea căilor respiratorii; cu toate acestea, astmul poate fi declanşat, respectiv agravat de factori psihici (frică, supărare, stres) şi menţinut de factori psihosociali.

Din perspectiva unui model multicauzal al bolii, astmul se declanşează ca urmare a unei reacţii exagerate bronhice, condiţionate de factorii ereditari şi de factorii de mediu (infecţiile, poluarea, fumatul, respectiv fumatul pasiv). Pe acest fond, anumiţi factori declanşatori determină manifestarea crizei astmatice; este vorba despre cinci categorii de factori: alergenii, aspectele corporale (de ex., infecţii sau solicitări fizice), stimulii nespecifici (de ex., frigul sau praful), factorii psihici (supărarea, frica, tristeţea, agitaţia,

nesiguranţa, depresia, bucuria) şi condiţiile sociale, respectiv familiale.

în cazul infecţiilor căilor respiratorii superioare, stresul cronic poate avea ca efect slăbirea sistemului imunitar şi, prin urmare, a capacităţii de apărare a organismului, fapt care, până în prezent, este prea puţin luat în considerare.

STRATEGII TERAPEUTICE

în cazul hiperventilaţiei, respectiv al accelerării respiraţiei din motive emoţionale este necesar, în primul rând, ca emoţiile să fie recunoscute şi să fie învăţată gestionarea acestora astfel încât să nu se ajungă la cronicizarea simptomelor. Ulterior, frica de o nouă criză de hiperventilaţie, adesea prezentă, poate fi rezolvată prin intermediul anumitor tehnici de respiraţie. Aşa-numita respiraţie cu buzele strânse (expiraţie lungă cu buzele uşor închise) sau executarea unor mişcări rapide, atunci când respiraţia se precipită, constituie tehnici extrem de utile.

în cazul descreşterii frecvenţei respiratorii la şase până la opt respiraţii pe minut şi a unei expiraţii lente, musculatura se relaxează, şi tensiunea arterială scade. Atunci când utilizarea acestor tehnici devine automată, injecţia cu calciu şi celebra pungă de hârtie, plasată în faţa gurii pentru a inspira din nou aerul expirat, devin inutile, învăţarea unei respiraţii regulate diafragmatice („respiraţie abdominală”) este de mare importanţă, întrucât persoanele afectate au, de regulă – şi în special în situaţii cu încărcătură emoţională –, o respiraţie toracică. Exerciţiile de respiraţie sunt o componentă importantă a tehnicilor de respiraţie, în special în cadrul yoga sau al antrenamentului de biofeedback. Dincolo de acestea, persoanele afectate ar trebui să înveţe să gestioneze acele conflicte emoţionale care au condus la accelerarea expiraţiei. în plus, poate fi recomandată urmarea unei terapii de cuplu sau de familie sau a unei consilieri în domeniul profesional.

Cazul astmului demonstrează cu precădere rolul deosebit pe care îl pot exercita psihologii clinicieni şi psihoterapeuţii – chiar dacă este clar că vorbim despre o boală care are în principal cauze organice. Intervenţia acestora se referă îndeosebi la următoarele obiective şi competenţe:

1. Optimizarea complianţei. Urmarea consecventă a tratamentului medical prin păstrarea motivaţiei bolnavului la un nivel înalt garantează eficienţa tratamentului şi previne complicaţiile grave.

2. Educaţia pacienţilor. Circa 90% dintre spitalizările pe caz de astm, precum şi majoritatea crizelor letale de astm ar fi putut fi evitate în condiţiile utilizării corecte a medicamentelor şi a altor mijloace ajutătoare. Devine din ce în ce mai clar faptul că, în cadrul unor asemenea programe de şcolarizare, nu este suficientă simpla transmitere de informaţii, ci în paralel cu acestea va trebui desfăşurat şi un training comportamental corespunzător:

- Cunoştinţe aprofundate cu privire la boală şi tratament (cunoştinţe cu privire la cauzele şi evoluţia astmului, cunoştinţe despre medicamente şi cu privire la diversele mijloace ajutătoare),
- Percepţia optimizată a stimulilor alergici şi a stării fizice,
- Educaţie cu privire la manevrarea şi utilizarea regulată a peak-flow- metrului (aparat care măsoară debitul expirator de vârf) în vederea autodiagnosticării funcţiei pulmonare curente,
- Managementul solicitărilor cotidiene complexe (abilităţi pentru gestionarea optimizată a astmului, prevenirea accidentelor şi prevenţie secundară, mai precis evitarea unor consecinţe problematice psihosociale),
- Informaţii cu privire la pericolele fumatului şi la posibilităţile de renunţare la fumat, informaţii despre alergii şi o mai bună gestionare a acestora, date cu privire la importanţa solicitării fizice progresive (prevenirea comportamentelor de evitare) şi despre stimulii declanşatori, de natură emoţională, ai astmului.

3. Tehnici de respiraţie şi metode de relaxare. Utilă este învăţarea unor tehnici de respiraţie precum respiraţia diafragmatică (respiraţia abdominală) şi îndeosebi respiraţia cu buzele strânse (a expira foarte încet cu buzele uşor închise); în cazul anumitor persoane astmatice, acestea pot preveni apariţia unei crize. Prin intermediul tehnicilor de relaxare pot fi depăşite eficient şi emoţii neplăcute, precum stresul, furia sau frica. Acestea sunt recomandabile, mai ales atunci când există o tendinţă spre hiperventilare care adesea favorizează apariţia unei crize de astm. Cu

toate acestea, atât în situaţia astmului acut, cât şi în cea a celui cronic, anumite tehnici de respiraţie trebuie utilizate cu precauţie. în paralel, este necesară şi desfăşurarea unei forme de antrenament fizic.

4. Alte servicii psihoterapeutice. Psihoterapia nu este parte a protocolului de tratament alături de celelalte măsuri de tratament medicale, însă, în cazul anumitor persoane astmatice, aceasta poate spori succesul tratamentului. Aceste persoane devin adesea neajutorate, depresive sau intră în panică – în aceste privinţe vor trebui dezvoltate noi perspective şi strategii pentru a preveni agravarea suplimentară a bolii. în situaţia în care este prezentă şi o tulburare anxioasă sau de panică, aşa cum adesea se întâmplă, calitatea vieţii poate fi îmbunătăţită considerabil în situaţia în care este oferit un program de training pentru depăşirea anxietăţii. în acest mod, poate fi prevenită situaţia în care dificultăţile respiratorii şi hiperventilaţia se potenţează reciproc. Două treimi dintre copii şi adolescenţi reacţionează la o criză de astm cu panică fără însă ca, din acest motiv, să se poată vorbi despre o tulburare de panică. în cazul persoanelor astmatice depresive, este recomandată urmarea unui tratament psihoterapeutic pentru depresie, iar în cazul persoanelor care au o suferinţă cronică provocată de stres este recomandabilă urmarea unor programe de training pentru depăşirea anxietăţii sau pentru rezolvarea problemelor. în cazul copiilor, este necesară oferirea unor servicii de suport pentru părinţi, care adesea sunt şovăielnici, precum şi informarea familiei asupra unor măsuri care vor trebui luate în situaţia unor probleme speciale. Există o tendinţă din ce în ce mai pronunţată de a organiza programe speciale

de training care se adresează părinţilor. în cadrul unei asemenea „terapii de familie” nu se insinuează nicidecum faptul că astmul este cauzat de probleme familiale. Ceea ce se urmăreşte este crearea unor condiţii pe cât posibil favorabile pentru copilul care suferă de astm.

5. Gestionarea şi modificarea factorilor agravanţi ai bolii. în anumite cazuri în care există o expunere la alergeni datorată mediului profesional, va fi necesară adoptarea unor măsuri de dezvoltare şi de reconversie profesională, astfel încât se impune acordarea unei consilieri de specialitate.

în cazul bronşitei cronice, nu există stimuli psihici şi psihosociali. Astfel, în cadrul unei terapii de orientare psihosomatică, se va avea în principal în vedere gestionarea bolii şi a consecinţelor acesteia în plan psihic. Psihologii şi psihoterapeuţii îşi pot aduce contribuţia în următoarele aspecte: renunţarea la fumat, tehnici de respiraţie şi relaxare, tehnici de activare corporală, modificarea stilului de

viaţă şi a diferitelor tipare de gândire, recunoaşterea şi gestionarea emoţiilor care conduc la agravarea problemelor, precum furia şi supărarea, tratamentul tulburărilor psihice reactive precum anxietatea şi depresia.

CÂND STOMACUL DEVINE REBEL

Ulcerul nu apare ca urmare a mâncării pe care o consumăm, ci apare ca urmare a ceea ce ne consumă din interior

MARY MORTLEY MONTAGU

STOMACUL IRITAT – BURTA ÎN ALERTĂ

Domnul Schuster, un tâmplar de 45 de ani, suferă deja de câţiva ani de dureri recidivante în partea stângă a epigastrului (abdomenului superior). Acestea se instalează brusc, durează mai multe zile şi sunt însoţite de greaţă, senzaţia de saţietate, arsuri la stomac şi dureri.
Domnul Schuster a observat el însuşi, în decursul anilor, faptul că, deşi este precaut – încearcă să evite să mănânce la cantină –, durerile devin din ce în ce mai puternice, fără a-i fi cunoscută vreo cauză plauzibilă. în ultimele patru luni, nu numai că a fost de mai multe ori la medicul de familie, ci şi la doi „specialişti de stomac”. Nu au fost însă identificate cauze organice. în lipsa altor alternative, urmează sfatul de a merge la un psiholog. Deja în decursul primei şedinţe, devine clar faptul că situaţia de la locul de muncă este una care îl solicită: atmosferă de lucru neplăcută, fluctuaţie mare a personalului, modificări ale structurii manageriale, creşterea concurenţei agresive (mobbing) între colegi, remunerare insuficientă a orelor suplimentare, presiune crescută la locul de muncă cu reducerea simultană a personalului din motive de cost. Domnul Schuster este obişnuit ca, în ciuda circumstanţelor nefavorabile, să găsească întotdeauna cea mai bună soluţie – devine însă din ce în ce mai pregnant sentimentul lipsei sale de putere şi al neajutorării. în plus, adesea se simte extrem de furios pe colegii mai tineri, care au reuşit, spre deosebire de el însuşi, să-şi asigure o poziţie favorabilă în raport cu noul şi tânărul şef.

„A AVEA NERVI LA STOMAC”: STOMACUL ŞI PSIHICUL

Tractul gastrointestinal are funcţia de a prelua alimentele şi de a le prelucra pentru a furniza corpului energie: substanţele vitale sunt asimilate, în timp ce substanţele reziduale şi nocive sunt eliminate. Traiectoria urmată de hrană ne este cunoscută tuturora: din cavitatea bucală, prin esofag, ajunge în stomac, de acolo prin intermediul duodenului în intestinul subţire, apoi în intestinul gros, urmând ca, în final, să se facă excreţia prin anus. Distingem între o zonă superioară gastrointestinală (stomacul şi esofagul) şi o zonă inferioară gastrointestinală (intestin). Pentru a avea loc digestia alimentelor sunt necesare şi substanţe provenite de la alte organe precum bila şi pancreasul.

Sistemul digestiv are un sistem nervos propriu, aşa-numitul sistem nervos enteric, denumit adesea şi „cel de-al doilea creier”. Digestia este stimulată prin intermediul sistemului nervos parasimpatic şi inhibată prin intermediul sistemului nervos simpatic. în situaţia activităţii fizice şi a stresului psihic, activitatea digestivă este ajustată astfel încât să poată fi optimizată capacitatea de efort a organismului. De exemplu, în timpul unei probe de alergare de rezistenţă, alimentele solide nu sunt digerate, motiv pentru care sportivii de performanţă precum alergătorii de maraton sau cicliştii consumă doar hrană lichidă uşor digerabilă. în situaţia efortului sporit şi prelungit sau a solicitării emoţionale, sistemul nervos simpatic şi cel parasimpatic sunt simultan active, fapt care determină apariţia unor tulburări ale digestiei.

Stomacul este o extensie în formă de sac a canalului digestiv şi are rolul să depoziteze hrana ingerată. Acesta descompune hrana cu ajutorul sucului gastric şi conduce hrana parţial digerată în duoden şi în prima secţiune a intestinului subţire. Musculatura stomacului devine activă pentru a amesteca hrana şi a o transporta mai departe. Mucoasa stomacului, primul dintre cele patru straturi ale peretelui gastric, are în componenţă glande şi celule care secretă mucus, pepsină, acid clorhidric şi gastrină (hormon peptidic). Anumite enzime gastrice, mişcările peristaltice şi secreţia de acid gastric se modifică datorită unor influenţe psihice cum sunt emoţiile puternice. Furia şi ura inhibă activitatea gastrică şi intestinală prin intermediul sistemului nervos simpatic, în timp ce sentimentul de spaimă şi frica de examen determină, prin intermediul sistemului nervos parasimpatic, apariţia diareei. Solicitările psihosociale şi conflictele din exteriorul sau interiorul unei persoane pot „da stomacul peste cap”, cu alte cuvinte, stomacul poate deveni organul

vulnerabil care va exprima problemele psihice.

Acest lucru se poate observa şi în numeroase expresii: în funcţie de emoţie şi situaţie – în stomac se acumulează furie, un sentiment de greaţă, agitaţie sau fluturi. Două dintre următoarele situaţii ne atrag atenţia: faptul că „dragostea trece prin stomac” şi situaţia în care trăim şi acţionăm „visceral”, adică instinctiv şi profund. Putem să înghiţim o situaţie, să ne consumăm în interiorul nostru sau să rumegăm o problemă. Câteodată ceva ne dă stomacul peste cap;

fapt care ulterior ne cade greu la stomac, fiindu-ne dificil să-l înghiţim. Alteori ni se face greaţă, ni se întoarce stomacul pe dos sau ne vine acru în gură, ne trece pofta, suntem sătui de o situaţie. Acest fapt ne face să ne vină să vomităm! Din când în când, ne punem stomacul la cale, nu avem pe cineva la stomac, iar alteori ceva ne pică de-a îndoaselea.

Adesea, în cazul unor probleme psihice, apar probleme epigastrice funcţionale (lipsa apetitului, greaţa, senzaţia de saţietate, durerile de stomac, voma, eructaţiile, arsurile la stomac) şi acuze funcţionale ale abdomenului inferior (diaree, constipaţie, intestin iritabil). Tulburările funcţionale şi organice gastrointestinale se asociază cel mai adesea cu o disfuncţie vagotonică (= a sistemului nervos parasimpatic), ele pot fi însă cauzate şi de o activitate excesivă a sistemului nervos simpatic (precum şi de factorii ereditari şi de comportamentele de risc). în cazul stresului, al enervării şi al efortului fizic, sistemul nervos simpatic inhibă activitatea gastrointestinală pentru a economisi energie şi a transmite corpului pe termen scurt semnalul de luptă sau fugă. în situaţia acestei reacţii de luptă sau fugă, muşchii scheletici, inima şi creierul sunt irigate cu mai mult sânge decât în stare de relaxare, iar organele digestive sunt mai puţin alimentate cu sânge. Micile artere ale mucoasei stomacale se îngustează sub influenţa hormonilor de stres. în timp, din cauza circulaţiei sangvine deficitare, mucoasa este afectată, astfel încât peretele gastric nu mai este protejat chiar şi atunci când cantitatea de acid gastric este redusă.

Disconfortul gastric apare şi în cazul anumitor tulburări psihice. în special în cazul depresiilor apar: greaţa, voma, senzaţia de saţietate, arsurile gastrice, sughiţul, eructaţiile, disconfortul gastrointestinal spastic, presiunea abdominală dureroasă care se întinde de-a lungul unei întregi suprafeţe sau este difuză, lipsa apetitului cu pierdere în greutate, fiind posibil să apară şi diferite pofte. Greaţa şi senzaţia de nelinişte în stomac se întâlnesc, cel mai adesea, în cazul tulburărilor

anxioase. La 87% dintre pacienţii cu stomac iritabil este prezentă o tulburare psihică, cel mai adesea o tulburare anxioasă sau o depresie, aceste tulburări apărând numai la 25% dintre pacienţii cu tulburări gastrice cu cauze organice.

Tabelul 6: Tulburări ale stomacului şi esofagului relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

STOMACUL IRITABIL (DISPEPSIA FUNCŢIONALĂ)

Tulburările cu cauze neorganice ale stomacului şi esofagului se numesc tulburări somatoforme ale tractului superior gastrointestinal atunci când îndeplinesc şi alte câteva criterii specifice (cel puţin trei alte simptome somatoforme). Tulburările stomacului au o prevalenţă extinsă: circa 15% din populaţia adultă suferă de asemenea tulburări, pe parcursul ultimelor douăsprezece luni de la începerea sondajului. Aceasta reprezintă aproximativ o pătrime sau chiar o treime din populaţie. Dintre aceste persoane, circa o treime consultă un medic. Până la 5% dintre toate consultaţiile care au loc într-un cabinet de medicină de familie se datorează unor tulburări funcţionale ale stomacului. La mai mult de jumătate dintre persoanele afectate nu sunt identificate cauze organice ale acestor tulburări. în acest caz, este vorba despre un stomac iritabil cu cauze de natură psihologică. Dintre persoanele cu tulburări gastrointestinale funcţionale, 30% suferă de stomac iritabil, iar 50% dintre aceştia de intestin iritabil. în cazul femeilor, stomacul iritabil sau intestinul iritabil are o prevalenţă de două până la trei ori mai mare decât în cazul bărbaţilor. Frecvenţa de apariţie a acestor tulburări creşte odată cu vârsta.

Printre specialişti este tot mai uzitată expresia „dispepsie funcţională” (al cărei echivalent în limba engleză este „non-ulcer-dyspepsia”) care este compusă din rădăcinile cuvintelor greceşti *dys* = perturbarea unei stări şi *pepsis* = digestie. Cele două denumiri mai cunoscute sunt „stomac iritabil” şi „disconfort epigastrio funcţional”. în trecut, era utilizată şi expresia „nevroză gastrică”, considerată învechită.

Dispepsia funcţională se caracterizează prin dureri şi disconfort care îşi au originea în partea centrală a epigastrului. Mai precis, dispepsia funcţională constă în disconfort sau dureri care nu au cauze organice, care se manifestă pe parcursul a cel puţin trei luni de zile, de obicei în partea stângă sau de mijloc a epigastrului, precum sunt: durerile epigastrice cronice sau recidivante, senzaţia de presiune abdominală sau de stomac prea plin, regurgitarea nonacidă, senzaţia prematură de saţietate şi lipsa apetitului, greaţa, senzaţia de vomă şi arsurile la stomac. Simptomele pot apărea în timpul mesei sau la câteva ore după aceea, dar şi după perioade mai lungi de foame.

Distingem patru forme de dispepsie funcţională care corespund afecţiunilor organice cărora li se aseamănă:

1. Dispepsia similară unui ulcer (care are manifestările unui ulcer),

2. Dispepsia similară unei tulburări de motilitate a stomacului,

3. Dispepsia similară refluxului de acid gastric (tulburarea de reflux),

4. Dispepsia nespecifică (o categorie reziduală).

în dispepsia similară unui ulcer sunt prezente cel puţin trei dintre următoarele simptome: durerea este localizată în epigastru (eventual pe o suprafaţă restrânsă), adesea cedează la ingestia de alimente (dar şi în timp, la peste 25% dintre cazuri), se ameliorează adesea datorită anumitor medicamente, apare frecvent înainte de masă sau atunci când se instalează senzaţia de foame (durere diurnă), poate uneori să trezească din somn persoana afectată (durere

nocturnă), perioadele de remisie alternează adesea cu cele de recădere (perioade de cel puţin două săptămâni lipsite de durere alternează cu perioade care durează între câteva săptămâni până la câteva luni, în care durerea este prezentă).

în dispepsia similară unei tulburări de motilitate este prezent un disconfort în epigastru, iar în acest caz durerea nu reprezintă simptomul principal. Disconfortul este cronic şi sunt prezente cel puţin trei dintre următoarele simptome: senzaţia de saţietate precoce; senzaţia de stomac prea plin după masă; greaţa, îndeosebi dimineaţa; eructaţiile recurente şi/sau vărsăturile; gazele intestinale; refluxul gastroesofagian; senzaţia de balonare şi tensiune la nivelul epigastrio, fără ca balonarea să fie vizibilă la nivelul abdomenului; disconfortul epigastrio este accentuat prin ingerarea de alimente.

Dispepsia similară unei tulburări de reflux se găseşte la limita dintre dispepsia funcţională şi arsurile gastrice, respectiv regurgitarea acidă. Nu vorbim despre o dispepsie atunci când sunt prezente doar arsuri gastrice şi reflux acid. Sunt specifice următoarele simptome: disconfortul sub stern, respectiv la nivel epigastrio sau arsurile gastrice; arsurile epigastrice însoţite de durere; regurgitarea acidului gastric sau a hranei; mesele, băuturile fierbinţi sau schimbarea poziţiei corpului agravează disconfortul.

în cazul pacienţilor cu dispepsie, simptomele prevalente se modifică adesea pe parcursul bolii, motiv pentru care clasificările cunoscute devin problematice. Conform unui studiu amplu, simptomele s-au modificat la unii suferinzi de trei ori în decursul unei perioade de doi ani, la 20% dintre pacienţi – de două ori şi la alţi 22% – o singură dată. Cele mai frecvente modificări s-au înregistrat în rândul pacienţilor cu dispepsie similară unui ulcer. în cazul femeilor şi al pacienţilor mai

tineri, simptomele s-au modificat mai frecvent decât în cazul bărbaţilor şi al persoanelor mai vârstnice. Persoanele care suferă de dispepsie funcţională resimt impactul acesteia la fel de puternic precum pacienţii care suferă de artrită sau insuficienţă cardiacă, astfel încât persoanele din exterior vor trebui să evite catalogarea tulburării drept o simplă tulburare funcţională.

Majoritatea pacienţilor care suferă de stomac iritabil prezintă o combinaţie dintre stomac iritabil şi intestin iritabil. Diferiţi pacienţi cu stomac iritabil suferă de simptome ale intestinului iritabil, precum diareea sau constipaţia, prezentând adesea şi acuze precum cefalee, tulburări de somn sau dureri în alte regiuni ale corpului. Comparativ cu pacienţii care suferă de dispepsie cu cauze organice, numeroşi pacienţi cu stomac iritabil prezintă şi alte simptome vegetative care se încadrează în tabloul simptomatologie al tulburărilor funcţionale autonome somatoforme: aceştia se prezintă mai des la medic, schimbă mai des specialiştii care le oferă îngrijire, consumă mai multe medicamente, se află mai des în concediu medical, manifestă o tendinţă mai pronunţată de a-şi autoevalua în mod ipohondru simptomele fizice nepericuloase şi prezintă mai des tulburări psihice (îndeosebi tulburări anxioase). Pentru o lungă perioadă de timp, persoanele afectate nu pot şi nu vor să creadă că sunt sănătoase din punct de vedere fizic. Important: pacienţii cu stomac iritabil şi intestin iritabil nu se află în pericol de a se îmbolnăvi de cancer de stomac sau de intestin.

Ca şi în cazul intestinului iritabil, există diferite moduri în care se manifestă simptomele unui stomac iritabil. în timp ce un grup de pacienţi prezintă o vindecare spontană, ca urmare a asigurărilor primite din partea medicului referitoare la faptul că simptomele nu sunt periculoase, o a doua grupă încetează să mai prezinte simptome pentru perioade mai îndelungate de-abia după câţiva ani şi cu ajutorul medicamentelor, în timp ce în cazul unei a treia grupe destul de numeroase, boala are un parcurs cronic asociindu-se şi cu intensificarea altor acuze, precum şi cu afectarea capacităţii de funcţionare socială şi profesională.

ALTE TULBURĂRI FUNCŢIONALE ALE STOMACULUI

Greaţa

Greaţa frecventă nu se află neapărat în legătură cu un stomac supraacid sau nu apare ca reacţie la consumarea hranei alterate, ci poate apărea şi ca urmare a senzaţiilor de scârbă sau a tensiunii de la nivelul musculaturii diafragmei.

Vărsături psihogene

în cazul vomei psihogene apare, voluntar sau involuntar, expulzarea hranei consumate, fără a se afla în legătură cu vreo tulburare de alimentaţie, ci fiind declanşată sub influenţa solicitării psihice şi a unor factori emoţionali ca, de exemplu, anxietatea dinaintea unui

examen. Vomatul se află, cel mai adesea, în legătură cu mâncatul şi, în mod obişnuit, acesta survine la începutul mesei şi mult mai rar la sfârşit. în cazul anumitor oameni, simptomatologia se ameliorează rapid, în cazul altora, manifestările se pot extinde pe o perioadă de câţiva ani.

Crampele stomacale

Crampele stomacale dureroase adesea sunt provocate de contracţia spontană şi constantă a musculaturii stomacului, iar atunci când acestea se menţin pentru o perioadă îndelungată pot fi diagnosticate drept tulburări algice persistente somatoforme.

Durerile de stomac

Durerile de stomac difuze pot fi cauzate de un flux sangvin diminuat în peretele stomacului, ca urmare a unei supraactivări a sistemului nervos simpatic, care se datorează stresului constant şi supraproducţiei de acid care irită peretele stomacului subalimentat cu sânge.

TULBURĂRI FUNCŢIONALE ALE ESOFAGULUI Senzaţia de globus

(„nodul în gât”)

Senzaţia de globus (din latinescul *globus* = sferă, minge) reprezintă senzaţia cronică de corp străin în zona gâtului – mai precis între partea superioară a sternului şi glanda tiroidă – care se menţine sau reapare periodic, pe parcursul a cel puţin trei luni, şi care este adesea cauzată de tensiunea musculară de la nivelul intrării în esofag. Acest disconfort apare de obicei între mese, deci la înghiţitul în gol, fără ca acest lucru să afecteze înghiţitul în sine. Persoanele afectate acuză următoarele simptome: nod în gât, prurit, senzaţie de arsură, senzaţie de uscăciune sau de mucus, nevoia necontrolată de a înghiţi sau a tuşi, durere în gât care iradiază până la urechi, iar în cazuri extreme, constricţia gâtului care este trăită anxios ca sentiment de sufocare. Tulburarea poate apărea de sine stătătoare sau se poate asocia cu alte afecţiuni gastrointestinale. Senzaţia de globus, spre deosebire de o tulburare de deglutiţie, se ameliorează la consumul de alimente sau lichide şi se agravează la înghiţitul în gol. Numeroase persoane afectate încearcă să stimuleze producţia de salivă prin faptul că fie înghit, fie sug bomboane sau mestecă gumă de mestecat pentru a evita astfel uscarea gurii şi apariţia senzaţiei de globus, însă

obţin astfel tocmai contrariul: prin faptul că înghit în mod repetat, ei ajung să-şi concentreze mai mult atenţia asupra senzaţiilor neplăcute de la nivelul gâtului.

O altă senzaţie de globus neorganică apare ca urmare a tensiunii de la nivelul muşchilor deglutiţiei şi ai gâtului. Aceasta apare din cauza solicitării fizice extreme, dar şi din cauza înclinării excesive a capului pe spate (de exemplu, la stomatolog), ca urmare a supraîntinderii musculaturii gâtului. Anumiţi pacienţi se tem de mersul la stomatolog tocmai din cauza acestei senzaţii de globus. Aceştia se tem că ar fi posibil să înghită ceva, ajungând astfel la sufocare.

Tulburarea funcţională de deglutiţie (disfagia)

Este vorba despre o tulburare de deglutiţie care nu poate fi explicată prin cauze organice, este însoţită sau nu de durere şi, spre deosebire de senzaţia de globus, apare în timpul consumului de alimente sau lichide, respectiv la scurt timp după actul înghiţirii. Apare senzaţia că în esofag se află blocate alimente aflate în stare solidă sau lichidă sau că acestea au un parcurs anormal, aceasta menţinându-se pentru o perioadă de minimum trei luni. Se pot distinge trei tulburări funcţionale de motilitate esofagiene:

1. Acalazia funcţională. în acest caz, sfincterul esofagian inferior nu se închide.

2. Spasmul esofagian difuz. Apar contracţii simultane, care nu sunt orientate spre stomac, ci au o mişcare de deplasare spre înainte.

3. Supratensiunea esofagiană. La nivelul esofagului au loc contracţii extrem de puternice.

Aerofagia psihogenă

Aerofagia reprezintă o formă aparte a tulburărilor funcţionale de deglutiţie şi apare adesea în situaţia consumului precipitat de alimente. Aceasta este caracterizată de următoarele simptome, care vor trebui să se menţină pe o perioadă de minimum trei luni: aerofagie din motive de stres sau aerofagie în timpul mesei, balonare şi eructaţii, înghiţire frecventă „pe uscat” sau zgomotoasă, mişcarea gâtului spre înainte la înghiţire. Eructaţiile repetate apar pentru a diminua tensiunile şi balonarea de la nivel abdominal, însă acestea nu produc decât o ameliorare trecătoare deoarece cantitatea de aer expulzată este mai mică decât cea înghiţită anterior. în cazul în care există tendinţa spre hiperventilare, uneori poate apărea disconfort în zona epigastrică, determinat de aerofagie.

Regurgitarea (sindromul de ruminaţie)

„Ruminaţia” se referă la regurgitarea repetată a alimentelor. Este vorba despre faptul că, pe parcursul unei perioade de minimum trei luni, se produce regurgitarea hranei proaspăt ingerate, remestecarea şi reînghiţirea acesteia. Nu apar însă greaţa sau vărsăturile. Atunci când cantitatea de acid gastric sporeşte, de regulă regurgitarea încetează.

Durerile în piept care îşi au originea în esofag

Durerile sunt resimţite în spatele sternului, sunt influenţate de cantitatea de efort depusă şi sunt trăite similar unei angine pectorale. Acestea apar la jumătatea corpului, sunt însoţite sau nu de o tulburare de deglutiţie şi durează cel puţin trei luni. Cauza neorganică a acestora o repezintă refluxul sportit de acid gastric, sensibilitatea crescută la refluxul normal de acid gastric sau o tulburare de

motilitate a esofagului. Cei afectaţi se tem adesea în mod eronat de o boală de inimă, motiv pentru care fac vizite la medic.

Arsurile la stomac funcţionale

Pentru cel puţin trei luni, se menţin arsuri persistente în spatele sternului, fără a fi prezent refluxul cu cauze organice sau vreo inflamaţie esofagiană. Disconfortul apare cel mai adesea în timpul zilei, în reprize, şi se poate asocia cu eructaţii, ruminaţii sau disconfort stomacal, precum balonarea, senzaţia de saţietate precoce sau greaţa. Acestea sunt adesea provocate şi agravate din cauza anumitor emoţii, alimente, a poziţiei culcat sau a aplecării excesive spre înainte. 20% dintre germani suferă uneori de arsuri gastrice, dintre care 10% dezvoltă o inflamaţie esofagiană.

TULBURĂRILE ORGANICE GASTRITA

Gastrita este o inflamare acută sau cronică a mucoasei gastrice, se numără printre cel mai des întâlnite afecţiuni ale stomacului. Circa 2% dintre pacienţii trataţi în ambulatoriu sunt diagnosticaţi ca având această afecţiune, care în cazul a 4,5% din populaţie este chiar motivul pentru care anual se prezintă la doctor. Aceasta nu se vindecă de la sine, cauzează leziuni ale ţesutului stomacal şi produce adesea ulcer gastric sau duodenal şi, uneori, chiar carcinom gastric.

Gastrita se manifestă cu lipsă de apetit, senzaţii de presiune abdominală sau de stomac prea plin după masă, greaţă, eructaţii, vărsături şi sensibilitate la consumul de alimente acide sau de grăsimi fierbinţi. Cauzele pot fi multiple: solicitarea psihică, mâncarea alterată, substanţele stimulante (prea mult alcool, cofeină, nicotină), anumite medicamente, băuturile prea fierbinţi sau prea reci, acizii şi bazele sau bolile infecţioase acute. Cauza principală a gastritei cronice, care apare mai frecvent, o constituie infecţia cu helicobacter pylori (gastrită de tip B).

ULCERUL GASTRIC

Aproximativ 10% din populaţie dezvoltă pe parcursul vieţii un ulcer gastric sau duodenal, iar în majoritatea cazurilor evoluţia bolii este cronică şi sunt înregistrate recăderi. Bărbaţii sunt mai frecvent afectaţi decât femeile. Ulcerul gastric şi cel duodenal sunt denumite succint ulcer peptic (ulcus pepticum). Simptomele celor două forme de ulcer pot fi atât de asemănătoare, încât uneori este dificil să fie făcută distincţia între ele doar în funcţie de simptome.

Prin ulcer gastric (ulcus ventriculi), a cărui prevalenţă este de 0,2 până la 0,3% la nivelul întregii populaţii, se înţelege un ulcer benign al peretelui gastric care cel mai adesea se formează în partea inferioară a stomacului (îndeosebi în zona pilorului – muşchiul inelar prin care stomacul comunică cu duodenul) sau în partea superioară a duodenului.

La debutul bolii, ulcerul este circular, bine delimitat şi afectează doar mucoasa gastrică. După o perioadă mai îndelungată, ulcerul pătrunde în straturile mai profunde ale peretelui gastric, iar, în final, poate chiar să-l străpungă. Simptomele constau în dureri de stomac pe parcursul câtorva ore, eructaţii, arsuri gastrice, reflux al conţinutului acid al stomacului, senzaţii de presiune sau de stomac prea plin după mese, intoleranţă la anumite băuturi şi alimente, uneori şi în apariţia unor hemoragii în urma cărora apare melena. în cazul evoluţiei cronice,

complicaţiile apar îndeosebi din cauza formării cicatricilor şi ulceraţiilor în straturile profunde ale peretelui gastric, care conduc la sângerări, la pătrunderea acestora în cavitatea abdominală sau la străpungerea unor organe adiacente. în situaţia cea mai gravă, ulcerul poate avea o evoluţie malignă.

Durerile de stomac apar imediat după masă şi dispar adesea abia după un episod de vomă. Cu totul diferit se întâmplă lucrurile în cazul ulcerului duodenal; în acest caz, durerile de burtă apar îndeosebi pe stomacul gol şi dispar după luarea mesei. în cazul a două treimi dintre persoanele afectate, durerile revin zilnic timp de mai multe săptămâni. Simptomele dispar la circa 80% dintre cei afectaţi în mod spontan sau se vindecă într-un interval cuprins între câteva zile şi câteva săptămâni, prin intermediul dietei şi al medicamentelor, revenind însă periodic la majoritatea pacienţilor. Anumite ulcere pot trece chiar neobservate, detectându-se de-abia ulterior, la radiografie, formarea unor cicatrici.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE

FACTORI PSIHOLOGICI

Tulburările somatoforme ale tractului gastrointestinal superior

Pentru stomacul iritabil se încearcă găsirea unor explicaţii pornind de la diferite modele somatice şi psihologice. Sunt luate în discuţie următoarele aspecte organice ale dispepsiei funcţionale:

1. Tulburările de motilitate. Prin motilitatea tractului gastrointestinal se înţelege mişcarea proprie a tractului intestinal care are ca scop să amestece şi să transporte mai departe bolul alimentar. Golirea întârziată a stomacului şi motilitatea intestinală redusă sunt prezente la până la 50% dintre pacienţi, însă numai aceşti factori nu sunt suficienţi pentru a vorbi despre o dispepsie funcţională. în plus, aceştia nu explică nici fluctuaţiile adesea semnificative ale simptomelor, dat fiind faptul că tulburările de motilitate ale tractului gastrointestinal de regulă sunt constante şi de durată.

2. Sensibilitatea la acid. Contrar unor presupuneri din trecut, în acest caz nu este vorba despre o supraproducţie de acid gastric. Chiar şi în cazul pacienţilor care suferă de ulcer gastric, există o producţie normală sau chiar redusă de acid gastric. Este posibil însă ca, în anumite cazuri şi în interacţiune şi cu alţi factori, să apară o sensibilitate crescută chiar şi în situaţia producţiei normale de acid gastric.

3. Sensibilitatea crescută la durere (suprasensibilitate a mucoasei gastrice). Pacienţii care suferă de stomac iritabil prezintă o sensibilitate crescută, în sensul unui prag scăzut al durerii la nivelul stomacului şi, de multe ori, la nivelul intestinului. în prezent, în cazul pacienţilor dispeptici, este favorizată ipoteza conform căreia aceştia ar avea o sensibilitate crescută la durere, fapt ce a putut fi constatat şi în cadrul unor experimente de distensie gastrică cu ajutorul unui cateter cu balon (aceeaşi ipoteză este valabilă şi în cazul pacienţilor cu intestin iritabil). Se presupune că disconfortul existent se intensifică şi din cauza faptului că persoanele afectate se concentrează asupra stomacului mai mult decât alte persoane.

4. Inflamaţiile (helicobacter pylori). Gastrita cauzată de bacteria helicobacter pylori nu constituie nicidecum cauza principală a disconfortului gastric persistent, întrucât acesta se menţine adesea şi după eliminarea bacteriei. Majoritatea oamenilor sunt purtători ai acesteia fără ca infecţia digestivă să se declanşeze. Aceasta devine activă numai în cazul în care mucoasa gastrică este deteriorată ca urmare a

altor motive.

De asemenea, factorii serologici şi imunologici, precum alimentele, substanţele stimulante şi medicamentele, nu pot explica în întregime apariţia dispepsiei. Insuficient cunoscută este şi influenţa exercitată asupra dispepsiei funcţionale de tulburările cu cauze organice ale sistemului nervos enteric (gastrointestinal). Toţi specialiştii consideră că, în principiu, componentele somatice pot avea un rol, însă nu sunt suficiente doar acestea pentru a explica îndeajuns tabloul simptomatologie. Interacţiunea dintre intestine şi psihic are la bază numeroasele legături dintre creier (gânduri şi emoţii) şi sistemul nervos vegetativ, respectiv sistemul nervos enteric (în mod special).

Drept cauze psihice şi psihosociale ale dispepsiei funcţionale sunt amintiţi cu precădere următorii factori:

1. Stresul şi solicitările psihosociale. Evenimentele de viaţă stresante şi care au rămas neelaborate, precum şi stresul cronic constituie

adesea factorii declanşatori ai unei dispepsii. Pacienţii care suferă de dispepsie nu trec neapărat prin experienţe de viaţă mai stresante, ci atribuie acestora mai multe semnificaţii negative decât persoanele sănătoase. Stresul poate modifica motilitatea şi secreţia de acid gastric. Este posibil şi ca stresul cronic să favorizeze popularea stomacului cu helicobacter pylori.

2. Traumele din copilărie şi abuzul sexual. în cazul anumitor pacienţi este posibil ca experienţele traumatizante de natură sexuală sau de altă natură din copilărie să favorizeze dezvoltarea unei dispepsii. Experienţele de abuz în sine, pe care conform unui studiu le-a trăit fiecare al doilea pacient care suferă de intestin iritabil, nu sunt însă cele care produc în mod direct disconfortul gastrointestinal, ci acesta apare pe filiera modificării percepţiei corporale şi a modului de

raportare la starea de sănătate, a unei reacţii amplificate la boală şi a scăderii pragului durerii, care determină percepţia amplificată a durerii.

3. Anxietatea şi depresia. în cazul a numeroşi pacienţi cu dispepsie funcţională, frica de a suferi de afecţiuni gastrice a constituit problema principală. Numeroase persoane afectate nu sunt conştiente de frica lor faţă de tendinţele de somatizare. Tulburarea de anxietate, urmată de depresie, constituie cele mai frecvente tulburări psihice asociate dispepsiei funcţionale. Conexiunile dintre afecţiunile epigastrice somatoforme şi tulburările psihiatrice trebuie înţelese în sensul unor influenţe reciproce.

4. Teoriile subiective cu privire la boală. Factorii cognitivi au un aport substanţial în dezvoltarea şi menţinerea unei dispepsii funcţionale. Persoanele afectate adesea au o înţelegere preponderent organică asupra bolii. Acestea îşi explică disconfortul fizic prin prisma unor cauze fizice încă neelucidate şi se tem de o evoluţie gravă a bolii, fapt care le potenţează starea de tensiune interioară, întrucât aceşti indivizi se simt mai bolnavi decât sunt cu adevărat. Acest cerc vicios apare ca o consecinţă a faptului că persoanele afectate îşi îndreaptă în permanenţă atenţia asupra propriilor senzaţii corporale care, în sine, nu sunt periculoase. Astfel, îşi amplifică frica ce provoacă, la rându-i, apariţia unor simptome fizice asociate stării de anxietate. în

acest fel, se întăreşte convingerea cu privire la faptul că pacientul suferă de o boală cu cauze organice.

5. Dificultatea de a percepe propriile emoţii. Supărarea din familie sau de la serviciu, precum şi dorinţele reprimate sau neîmplinite conduc la tensiuni şi conflicte resimţite în zona stomacului, care însă nu sunt recunoscute ca atare de către persoanele afectate. Diferiţi pacienţi au tendinţa să somatizeze emoţiile neplăcute. Aceştia nu pot conştientiza emoţii, precum frica sau furia, şi ajung să le refuleze.

6. Strategiile de ajustare (*coping*) ineficiente. Numeroase persoane afectate nu dispun de posibilităţi adecvate de a suporta simptomele şi de a le integra în modul de funcţionare al propriului lor corp.

în rezumat, în abordarea dispepsiei funcţionale se porneşte în prezent de la un cumul multifactorial: numai aspecte somatice, precum factorii genetici, inflamaţiile locale, infecţiile (îndeosebi din cauza helicobacter pylori), alergiile, tulburările de motilitate, precum şi tulburările referitoare la percepţia şi transmiterea durerii, nu pot încă explica suficient apariţia tulburării; aceşti factori se află în strânsă interacţiune cu componentele psihice şi psihosociale, mai precis cu starea emoţională (frica, supărarea, furia, depresia), cu modul de raportare la cauzele bolii şi cu gradul de gestionare a acesteia, cu diferite particularităţi de comportament, cu istoricul psihiatric (îndeosebi tulburări de anxietate şi depresii), cu situaţii critice de viaţă care continuă să fie nedepăşite şi cu gestionarea deficitară a stresului. Un stil de viaţă nesănătos, precum consumul excesiv de alcool, cafea sau ţigări, alimentaţia bogată în grăsimi şi lipsa mişcării, exercită influenţe negative asupra sistemului imunitar şi favorizează declanşarea simptomatologiei specifice stomacului iritabil.

Din perspectivă terapeutică se recomandă investigarea situaţiei individuale a

fiecărui pacient, întrucât fiecare caz în parte poate prezenta diferite constelaţii de factori organici şi psihici care se întrepătrund. Multe terapii eşuează tocmai pentru că acest aspect nu este suficient

analizat sau nu e deloc avut în vedere. Acest mod de abordare este recomandabil şi în terapia pacienţilor care suferă de intestin iritabil.

Medicamentele utilizate în tratarea dispepsiei funcţionale s-au dovedit mijloace insuficiente de tratament. Efectul placebo este de circa 20% până la 60%. Date fiind aceste cifre care ne dau de gândit, putem constata faptul că dispepsia funcţională provoacă neplăceri atât medicinei tradiţionale, cât şi psihoterapiei.

în cazul tulburărilor somatoforme ale esofagului, precum şi în cel al dispepsiei funcţionale, putem presupune faptul că stresul cronic sau emoţiile precum frica sau furia produc tensiune la

nivelul esofagului, în cazul efectului de globus, stresul emoţional amplifică presiunea asupra sfincterului esofagian şi determină tulburări de motilitate ale esofagului. Multe dintre persoanele afectate trăiesc o senzaţie de constricţie a gâtului şi dezvoltă, din lipsa cunoaşterii proceselor biologice, o frică imensă de a nu se sufoca, astfel încât aceştia ajung la hiperventilaţie. De-a lungul timpului, cuprinşi fiind de anxietate, ei ajung apoi să acorde o atenţie sporită respectivei regiuni corporale, care poate determina o dereglare a proceselor coordonate de către sistemul nervos vegetativ.

Ulcerul peptic

Ulcerul peptic (ulcerul gastric şi duodenal) era considerat în trecut ca fiind o afecţiune psihosomatică tipică, având cauze specifice de natură intrapsihică şi, conform lui Alexander, se numără printre cele şapte boli psihosomatice clasice. Această abordare s-a modificat întru totul, odată cu progresul înregistrat în medicină. în cazul ulcerului gastric, este vorba în principal despre o boală infecţioasă (helicobacter pylori) corelată cu deteriorarea mucoasei determinată de acidul gastric. Ulcerul gastric nu poate fi explicat exclusiv din cauza excesului de acid gastric, după cum se considera în trecut, întrucât în cazul persoanelor afectate cantitatea de acid conţinută de sucul gastric este fie normală, fie – de multe ori – diminuată. Mai degrabă este vorba despre lipsa unor mecanisme de apărare (existenţa unei mucoase gastrice mai puţin rezistente sau a unor tulburări de circulaţie sangvină).

Descoperirea bacteriei helicobacter a condus la o schimbare radicală de direcţie: ulcerul gastric a început să fie considerat exclusiv o tulburare organică. A

fost abandonat nu numai modelul dezechilibrului dintre factorii de protecţie ai mucoasei gastrice (mucus, rezistenţa mucoasei) şi factorii de agresiune (îndeosebi acidul şi traumatismele mucoasei), ci şi modelul unei posibile influenţe a factorilor psihici şi psihosociali.

în continuare există însă următoarea problemă neelucidată: ce anume face ca purtătorul bacteriei helicobacter pylori să fie un pacient care dezvoltă ulcer gastric? Un mod de abordare dintr-o perspectivă exclusiv organică a ulcerului gastric nu poate oferi o explicaţie exhaustivă, motiv pentru care aspectele psihologice – avute în vedere în contextul unei înţelegeri a bolii dintr-o perspectivă bio-psiho-socială – continuă să reprezinte factori importanţi care contribuie la declanşarea, menţinerea şi agravarea simptomatologiei:

• Este adevărat că 70 până la 80% dintre cazurile de ulcer gastric şi 95 până la 97% dintre cazurile de ulcer duodenal sunt provocate de helicobacter pylori, însă cu toate acestea factorii psihosociali rămân importanţi.

• Cel puţin o mică parte dintre pacienţi continuă să prezinte dureri de stomac chiar şi după eliminarea completă a bacteriei helicobacter pylori, ca urmare a tratamentului cu antibiotice; în anumite cazuri acest tratament determină chiar o agravare a simptomatologiei care nu poate fi ameliorată prin intermediul medicaţiei.

• Numai 20% dintre persoanele infectate cu helicobacter dezvoltă un ulcer duodenal, în timp ce toţi pacienţii investigaţi care prezintă acest tip de ulcer erau purtători ai bacteriei helicobacter.

• Cea mai mare parte a populaţiei (în funcţie de studiu şi regiune, între 30 până la 80%, iar în Germania, circa 35%) este infectată cu

helicobacter pylori, însă dintre aceştia doar 10 până la 30% se îmbolnăvesc în decursul vieţii de ulcer. Aceasta constituie un indiciu cu privire la faptul că această bacterie nu poate reprezenta singura cauză a ulcerului peptic. Există posibilitatea ca anumite conexiuni psihoneuroimunologice, necunoscute până în prezent, să determine perturbarea echilibrului dintre helicobacter pylori şi factorii-gazdă ai mucoasei gastrice.

• Frecvenţa infectării cu helicobacter pylori creşte odată cu vârsta, nefiind prezentă însă şi o creştere proporţională a frecvenţei afecţiunilor gastrice.

Din perspectivă psihosomatică, există diverşi factori psihici şi psihosociali care în trecut erau consideraţi ca fiind circumstanţe determinante sau favorizante

ale bolii.

1. Factorii de personalitate. Psihanalistul Alexander suspecta faptul că, în cazul unui pacient cu ulcer, la baza afecţiunii s-ar afla un conflict central care se desfăşoară între, pe de o parte, dorinţa de a rămâne într-o situaţie infantilă şi, pe de altă parte, dorinţa de a-şi dezvolta un Eu independent şi matur. în cazul pacienţilor cu ulcer gastric, dorinţele infantile de a fi hrăniţi în plan emoţional, pe care Eul matur le respinge în mod conştient, dar care, cu toate acestea, sunt prezente în inconştient, determină apariţia unor simptome fizice (supraproducţie nocivă de acid gastric, crampe sau tulburări de circulaţie sangvină). Acest punct de vedere a fost întărit şi de mai vechea deviză medicală: „Niciun ulcer, fără (foarte mult) acid”. între timp şi punctul de vedere psihanalitic s-a schimbat în această privinţă şi afirmă faptul că bolnavii de ulcer pot avea trăsături de personalitate foarte diferite şi că ei nu ajung în mod necesar să se distrugă fizic doar din cauza conflictului central descris mai sus. Diferitele modificări ale personalităţii nu reprezintă cauze, ci consecinţe ale ulcerului. Cu toate acestea, de reţinut este faptul că factori precum furia, agresivitatea sau ostilitatea exprimate în mod impulsiv pot „să cadă greu la stomac” şi, atunci când există o anume predispoziţie, să influenţeze în mod nefavorabil dezvoltarea unui ulcer.

2. Stresul. în timp ce în trecut importanţa stresului a fost adesea supraevaluată, în prezent aceasta este în mod eronat cu totul subestimată ca urmare a faptului că predomină modelele de orientare strict organică de explicare a bolii. Cert este însă că stresul sever de natură psihosocială, precum problemele de cuplu sau dificultăţile la locul de muncă, şi experienţele traumatizante măresc şansele de a dezvolta un ulcer. Stresul şi factorii psihosociali pot constitui – ca şi în cazul afecţiunilor gastrointestinale funcţionale şi a bolilor inflamatorii cronice intestinale – factori stresori importanţi.

3. Schimbări ale mediului social. Persoanele care au pierdut suportul comunităţii sociale şi care ajung în situaţii de izolare socială (cum sunt persoanele care lucrează în străinătate, emigranţii, expatriaţii, persoanele care lucrează în schimburi, persoanele divorţate) sunt în pericol de a dezvolta un ulcer peptic. Deşi ipoteza de pierdere a sentimentului de siguranţă este plauzibilă, ea nu a fost încă probată temeinic din punct de vedere ştiinţific.

4. Creşterea responsabilităţii. Avansarea în grad profesional, precum şi suprasolicitarea, impusă din interior – de către propria persoană

— sau din exterior

— de către ceilalţi –, se pare că favorizează apariţia ulcerului gastric, fapt care însă este insuficient dovedit ştiinţific.

ASPECTE TERAPEUTICE

în cazul tulburărilor somatoforme gastrointestinale, de regulă nu este urmată o psihoterapie strict în baza acestui diagnostic, ci atunci când acesta este însoţit de o tulburare psihiatrică evidentă precum depresia sau anxietatea şi de factori negativi care pe termen lung conduc la cronicizarea bolii şi care determină scăderea calităţii vieţii. La începutul terapiei, pacienţii care iniţial sunt axaţi exclusiv pe simptomele fizice vor trebui ca, prin intermediul redactării unui jurnal de consemnare a simptomelor, să conştientizeze conexiunile existente între afecţiunile lor gastrice, stările lor interioare şi contextul de viaţă exterior. în acelaşi timp, este necesar ca persoanele afectate să fie ajutate să conştientizeze faptul că îşi agravează boala dacă îşi îndreaptă în mod neîncetat şi plin de îngrijorare atenţia asupra zonei gastrointestinale. Este utilă concentrarea asupra stomacului numai atunci când concomitent sunt aplicate strategii mentale. Un exemplu: pacientul vizualizează că stomacul său este cald şi relaxat, fiind umplut cu un lichid plăcut care îl încălzeşte. în plus, practicarea respiraţiei diafragmatice („respiraţie abdominală”)

conferă senzaţii plăcute datorită faptului că, prin mişcările ascendente şi descendente ale diafragmei, se produce un „masaj abdominal intern”.

Pe lângă tehnicile de relaxare şi de combatere a stresului, pacienţii cu dispepsie au la dispoziţie şi diferite exerciţii fizice speciale. Atât somatoterapia, consilierea în anumite situaţii de viaţă stresante, intervenţiile psihosociale precum consilierea de cuplu şi de familie, cât şi îndrumarea respectiv coachingul pe probleme de serviciu constituie măsuri utile. O mai bună conştientizare a stării emoţionale, înţelegerea legăturilor dintre simptome şi diverşi factori psihosociali, dar şi exprimarea adecvată a emoţiilor precum frica, supărarea, furia sau neajutorarea constituie însă condiţia de bază pentru ca demersul psihologic şi psihoterapeutic să fie eficient. Bolnavii cu afecţiuni gastrointestinale ar trebui să-şi reconsidere în mod critic obiceiurile alimentare şi consumul de substanţe stimulente şi, dacă este necesar, să le modifice: să facă trecerea la o alimentaţie sănătoasă şi hrănitoare, la mese regulate care nu sunt luate sub influenţa stresului şi a presiunii, la mai multe mese pe parcursul zilei în care să consume cantităţi mici de mâncare.

în cazul ulcerului gastric, se consideră malpraxis abordarea cazului strict prin intermediul unui tratament psihoterapeutic. Asistenţa psihologică şi

psihoterapeutică se poate dovedi însă de ajutor în completarea tratamentului medical, pentru a susţine astfel procesul de vindecare. Aşadar, dacă este necesar, vor fi prelucrate anumite conflicte, emoţii negative şi situaţii stresante (de ex., anxietatea frecventă şi agresivitatea inconştientă), astfel încât pacienţii să înveţe treptat să gestioneze în mod diferit aceste emoţii şi să găsească posibilităţi de rezolvare mai constructive şi mai eficiente. învăţarea unor tehnici de

relaxare şi eventual modificarea stilului de viaţă se pot dovedi benefice în cadrul procesului de vindecare.

CÂND INTESTINUL SE REVOLTĂ

Digestia proastă are mai puţin legătură cu hrana în sine, cât, mai degrabă, cu dispoziţia pe care obişnuim să o avem atunci când mâncăm.

PRENTICE MULFORD

INTESTINUL IRITABIL – DIGESTIA DERANJATĂ

Doamna Frank, 27 de ani, este vânzătoare într-un magazin de pantofi, necăsătorită şi locuieşte de ceva timp împreună cu prietenul ei. De ani de zile, ea acuză simptome severe de intestin iritabil. Adesea ea are diaree, din când în când constipaţie şi suferă mai ales de balonare severă. Pentru că se teme de faptul că ar putea avea diaree, ea obişnuieşte ca, înainte de a întreprinde orice, să cerceteze unde este cea mai apropiată toaletă. Ea ştie care sunt toate toaletele din instituţiile publice, magazinele, hotelurile, restaurantele şi cabinetele medicale aflate în drumul de acasă spre locul de muncă. Deplasările mai lungi – şi concediul – devin aproape imposibile şi, dacă totuşi au loc, acestea decurg cu multă nervozitate şi având nenumărate medicamente în bagaj. Fără a avea certitudinea că există o toaletă prin preajmă, doamna Frank se simte complet paralizată şi, de asemenea, înspăimântată că ceilalţi oameni i-ar putea remarca balonarea. De aceea este mereu atentă să urmeze o anumită dietă fără a avea însă prea mare succes. Simptomele de intestin iritabil apar atunci când doamnei Frank îi este frică de ceva anume sau atunci când în general se simte foarte „nervoasă”. în acelaşi timp, ea suferă şi de o anxietate generalizată pe care o consideră o consecinţă a problemelor ei intestinale. Medicul ei de familie consideră însă că tocmai acestea constituie cauza problemelor ei de sănătate şi îi recomandă să urmeze o psihoterapie.

„A SE CĂCA PE EL DE FRICĂ”: INTESTINUL SI PSIHICUL

Intestinul, care constituie partea cea mai lungă a tractului intestinal, are trei părţi: intestinul subţire, lung de trei până la patru metrj, a cărui primă parte este formată de duoden; intestinul gros şi rectul. în intestin, cu ajutorul secreţiilor intestinale, pancreatice şi a bilei, bolul alimentar este transformat în substanţe pe care corpul le poate asimila. Bolul alimentar, deja bine predigerat în stomac, este mai departe descompus şi dizolvat în intestinul subţire. O parte a substanţelor rezultate pătrunde mai departe în sânge, în timp ce o altă parte este transportată mai departe. Aşadar, hrana consumată este asimilată de corp prin intermediul peretelui intestinal al intestinului subţire. în cadrul intestinului gros continuă extragerea lichidelor din bolul alimentar (care conţin însă mult mai puţini nutrienţi) şi se adaugă secreţia de mucus care asigură acestuia o mai bună capacitate de transport. Muşchii longitudinali amestecă apoi conţinutul intestinului prin intermediul unor contracţii ritmice, iar muşchii transversali contribuie la deplasarea bolului alimentar prin intermediul unor mişcări ondulatorii. Transportul bolului alimentar se numeşte „peristaltism”. în cele din urmă, materiile fecale se depozitează în rect, care are o mare capacitate de dilatare; atunci când cantitatea este corespunzătoare, creierul primeşte un semnal care avertizează asupra necesităţii de evacuare a intestinului.

Digestia se produce prin intermediul sistemului nervos parasimpatic şi este inhibată prin intermediul sistemului nervos simpatic; aceasta se produce cel mai eficient în stare de repaus şi este împiedicată de solicitările fizice extreme.

Expresiile care se referă la tractul digestiv inferior adesea sunt foarte drastice şi vulgare: a se simţi de căcat, a te scăpa în pantaloni de frică, a face pe tine de frică, a te căca pe ceva, a-ţi pune curul la bătaie. Diverse alte expresii care fac trimitere la emoţii sunt însă ceva mai acceptate în societate: ceva provoacă dureri de stomac, a fi necesar ca, într-o primă fază, să digeri ceva, a i se întoarce cuiva stomacul pe dos.

Afecţiunile intestinale apar şi în situaţia anumitor tulburări psihice. în cazul depresiilor apar adesea balonarea, gazele intestinale, afecţiunile spastice ale tractului gastrointestinal, precum şi modificări ale scaunului (constipaţii frecvente din cauza inerţiei colonului şi/sau, în situaţii mai puţin frecvente, diaree). în cazul tulburărilor de anxietate, din cauza tensiunii interioare, se ajunge mai frecvent la diaree.

Tabelul 7: Tulburări intestinale relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

SINDROMUL INTESTINULUI IRITABIL (COLONUL IRITABIL)

Simptomele unui intestin iritabil – care este cea mai cunoscută tulburare funcţională autonomă somatoformă a tractului gastrointestinal inferior – au un grad înalt de prevalenţă în cadrul populaţiei: conform unui studiu, 15% până la 22% din populaţie prezintă un sindrom de intestin iritabil. Simptomele se întâlnesc la 14 până la 24% dintre femei, fiind doar uşor mai frecvente decât la bărbaţi (5 până la 19%). Acuzele determină vizita la medic numai în 20 până la 30% dintre cazuri. Sindromul intestinului iritabil este cea mai des întâlnită tulburare gastrointestinală. în cabinetele medicilor de familie, 15% dintre pacienţi prezintă simptomatologia specifică intestinului iritabil, iar în cabinetele medicilor specialişti 25 până la 50% acuză astfel de simptome. Printre pacienţii care se prezintă la medic cu simptome de intestin iritabil femeile sunt majoritare, cu procente cuprinse între 60 şi 80%, acestea crescând proporţional cu gravitatea simptomelor.

Tulburarea prezintă adesea o componentă ereditară şi există tendinţa de cronicizare, aceasta însemnând că, la circa jumătate dintre persoanele afectate, tulburarea nu se vindecă. Mai mult de jumătate dintre pacienţii cu intestin iritabil prezintă tulburări psihice cum sunt

depresiile sau tulburările de anxietate care adesea rămân nediagnosticate şi, prin urmare, netratate. Problemele psihice există independent de simptomele intestinului iritabil şi, de regulă, acestea nu constituie efectul, ci mai degrabă cauza tulburării.

Majoritatea oamenilor care prezintă simptomele unui intestin iritabil nu consideră disconfortul ca fiind patologic şi nu consultă un medic. Un aspect esenţial în diagnosticarea acestei grupe de persoane este reprezentat de alegerea de a consulta sau nu un medic. Nu disconfortul în sine este cel care determină dacă persoanele afectate aleg să consulte sau nu un medic, ci mai degrabă aspectele psihosociale şi evaluarea pe care ei o fac cu privire la gradul de pericol al acestuia. Şi tocmai acesta constituie specificul tulburărilor somatoforme! Spre deosebire de alte persoane, pacienţii cu intestin iritabil merg de două până la de trei or mai des la medic acuzând afecţiuni fizice care nu au deloc legătură cu problema lor de bază. Persoanele afectate au dezvoltat tendinţa de a somatiza şi de a apela la îngrijiri medicale încă din copilărie.

Denumirea de „intestin iritabil” porneşte de la prezumţia că intestinul poate fi iritat de către propriul său conţinut – fapt pentru care nu există însă niciun fel de

dovezi. Denumirea „colită spastică” are la bază la fel de puţin demonstrabila asumpţie referitoare la faptul că la nivelul intestinului gros se produc mişcări excesive. Expresia „colită ulceroasă” pleacă de la presupunerea eronată că la nivelul mucoasei rectale s-ar produce procese inflamatorii care ar cauza secreţia excesivă de mucus şi care ulterior s-ar regăsi în scaun.

în prezent, pentru tabloul simptomatic al intestinului iritabil, se utilizează denumirea de „colon iritabil”, situaţie care este depăşită, întrucât tulburarea nu se limitează la nivelul colonului (intestinului gros). Denumirea uzitată la nivel internaţional de „Irritable Bowel Syndrome” corespunde în limba română denumirii de „sindrom al intestinului iritabil” sau, simplu, „intestin iritabil”. Tulburarea este definită prin intermediul unor simptome, prezente timp de minimum trei luni, în mod continuu sau récidivant. Este vorba despre dureri sau disconfort abdominal care dispar odată cu apariţia scaunului şi/sau se asociază cu modificarea frecvenţei scaunelor şi/sau cu modificarea consistenţei scaunului. în plus, este necesar să fie prezente cel puţin două dintre următoarele simptome, în cel puţin o pătrime dintre situaţii sau zile: frecvenţă modificată a scaunului (mai mult de trei scaune pe zi sau mai puţin de trei scaune pe săptămână), consistenţă modificată a scaunului (scaun tare şi plin de cocoloaşe sau apos şi moale), defecare perturbată (efort defecator, senzaţia imperioasă de a defeca sau senzaţia de defecare incompletă), scaun cu mucus, balonare sau senzaţii de tensiune abdominală.

Formulat într-un mod mai simplu, intestinul iritabil este caracterizat de trei simptome: dereglări spasmodice ale scaunului (constipaţie şi/sau diaree care adesea alternează), dureri abdominale şi balonare – care poate atinge un nivel la care abdomenul este vizibil balonat („abdomen umflat”). în cazul acestor tulburări ale funcţiei intestinului gros nu se află în prim-plan nici durerile şi nici existenţa unor scaune neregulate. Durerile cu durate mai lungi de jumătate de an sunt cele care constituie un indiciu pentru încadrarea simptomelor specifice intestinului iritabil în cadrul unei tulburări algice persistente somatoforme.

Specific este faptul că disconfortul abdominal se agravează după masă şi se ameliorează după defecare. Durerile abdominale se manifestă cel mai adesea în zona abdominală, sub ombilic, cu precădere în partea stângă a abdomenului inferior şi sunt descrise drept crampe, arsuri sau senzaţii de străpungere sau tăiere. în cazul femeilor se înregistrează o agravare în timpul perioadei de menstruaţie sau la ovulaţie.

De-a lungul anilor, disconfortul poate lua diferite forme şi poate avea diverse grade de dificultate. Numeroşi pacienţi cu intestin iritabil prezintă şi simptome ale stomacului iritabil (de ex., senzaţie precoce de saţietate, greaţă, vărsături, eructaţii sau arsuri gastrice), situaţie care în practică face dificilă operarea unei distincţii între afecţiunile gastrointestinale ale abdomenului superior sau inferior. în plus, adesea sunt prezente şi alte simptome: probleme la urinare, afecţiuni ginecologice, migrene, frica de cancer, dispoziţie depresivă, tulburări

de anxietate şi senzaţii atipice cardiace. în perioadele în care disconfortul intestinal dispare temporar, adesea sunt dezvoltate alte tulburări psihosomatice, precum cefaleea, tulburările de somn sau afecţiunile cardiovasculare. La persoanele care se prezintă la medic din cauza unui

intestin iritabil, în mod frecvent acestea se asociază cu tulburări psihice precum tulburările anxioase sau depresia.

Simptomele intestinului iritabil adesea afectează grav capacitatea de funcţionare în domeniul social şi profesional, de exemplu atunci când frica de diaree determină restrângerea razei de acţiune, când ia naştere o teamă de spaţii largi (agorafobie) şi când nesiguranţa cu privire la locul exact în care se găseşte următoarea toaletă ajunge să influenţeze întregul mod de gândire. Persoanele afectate cunosc exact care sunt toaletele publice din respectiva zonă în mod similar pacienţilor cu atacuri de panică, pentru care factorul de liniştire îl constituie proximitatea unui spital. Preocuparea ipohondră continuă în legătură cu disconfortul intestinal poate acapara persoanele afectate, iar viaţa poate trece pe lângă ei.

în cadrul tabloului simptomatic al intestinului iritabil pot fi distinse următoarele niveluri de comportament:

• Nivelul corporal: modificarea peristaltismului intestinal, percepţia accentuată a durerii, efort defecator exagerat.

• Nivelul cognitiv-emoţional: atenţia selectivă îndreptată asupra senzaţiilor intestinale, alterare a dispoziţiei şi a sentimentului valorii personale, frici şi griji, anxietate anticipatorie, deteriorare a imaginii de sine.

• Nivelul motric: folosirea frecventă a toaletei, defecaţia preventivă, modificarea obiceiurilor de consum al lichidelor şi al hranei, adoptarea unor măsuri speciale de igienă, fumatul înaintea defecaţiei, cititul în timpul defecaţiei, utilizarea în exces a laxativelor, utilizarea frecventă a medicamentelor.

• Nivelul social: activitatea sexuală diminuată, evitarea unor evenimente publice şi reducerea contactelor sociale – în sensul

dezvoltării unor

comportamente de evitare, modificarea comportamentului la locul de muncă, evitarea defecării în timpul orelor de program la serviciu, modificarea comportamentului în timpul liber.

TULBURĂRI INTESTINALE FUNCŢIONALE MONOSIMPTOMATICE

Diareea funcţională (diaree de natură emoţională, adică psihogenă)

în cazul diagnosticului de diaree funcţională sunt prezente pe parcursul unei perioade de minimum trei luni cel puţin două dintre următoarele caracteristici: scaune inconsistente (moi, apoase) în mai mult de trei sferturi din timp; trei sau mai multe scaune pe zi în mai mult de jumătate din timp; greutate mai mare a scaunului în raport cu populaţia normală. Nevoia de a defeca reprezintă simptomul central aflat uneori în legătură cu incontinenţa fecală. Gradul de disconfort este cu atât mai crescut cu cât nu se află nicio toaletă în apropiere, fapt care îi determină pe cei în cauză să-şi restrângă aria de acţiune, în încercarea de a evita situaţii penibile.

Diareea funcţională este provocată de creşterea progresivă a unor contracţii puternice la nivelul anumitor regiuni ale intestinului gros (în colonul proximal) – fapt care determină accelerarea timpului necesar de tranzit al bolului alimentar prin intestinul subţire şi gros –, dar şi de contracţiile mai slabe de la nivelul altui segment al intestinului gros. Există şi rezultate care arată că se înregistrează o creştere a contracţiilor în porţiunea distală a intestinului gros, care apar chiar şi imediat după mese şi care determină apariţia diareei însoţite de dureri abdominale. Aceşti pacienţi au, de asemenea, reacţii suprasensibile la senzaţiile de dilatare resimţite la nivel rectal şi simt nevoia de a defeca inclusiv în urma consumului unei cantităţi reduse de hrană. Pacienţii cu diaree adesea au doar senzaţia de diaree, pentru că în raport cu alţi oameni ei

resimt mai des nevoia de a defeca şi sunt nevoiţi să meargă mai des la toaletă. Aceştia prezintă însă scaune mai reduse cantitativ.

Factorii psihologici declanşatori ai diareei sunt frica, suprasolicitarea, senzaţia de leşin sau furia; frica permanentă de a nu avea diaree determină o accentuare a stării de tensiune. Atunci când diareea este însoţită de scăderea bruscă în greutate, hemoragie la defecare şi febră, este de luat în calcul existenţa unei alte tulburări şi este necesară o investigare corespunzătoare.

Constipaţia funcţională

15% dintre femei şi 5% dintre bărbaţi suferă de constipaţie, iar prevalenţa creşte odată cu vârsta. Arareori tulburarea are cauze organice. în majoritatea cazurilor,

putem vorbi despre o constipaţie funcţională atunci când pentru o perioadă de minimum trei luni sunt prezente cel puţin două dintre următoarele caracteristici: efort la defecare în cel puţin un sfert din timp, scaune pline de cocoloaşe şi/sau tari în cel puţin un sfert din timp, senzaţia de defecare incompletă cel puţin un sfert din timp, două sau mai puţine scaune pe săptămână. Constipaţia apare probabil din cauza unor contracţii puternice de segmentare care apar la nivelul porţiunii distale a intestinului gros, din cauza cărora tranzitul prin intestin al bolului alimentar este încetinit. De asemenea, la încetinirea tranzitului intestinal contribuie şi frecvenţa redusă de apariţie a contracţiilor peristaltice (mişcări ale întregului intestin gros). Există însă şi posibilitatea ca persoanele afectate să experimenteze doar o senzaţie de constipaţie în sensul unei defecări incomplete.

Constipaţia funcţională poate să apară ca urmare a cel puţin trei situaţii:

1. Peristaltism intestinal lent cu prezenţa unor contracţii peristaltice rare care determină un tranzit intestinal lent;

2. Contracţii prea puternice la nivelul anumitor porţiuni ale intestinului gros care, datorită efectului lor de inhibare a mişcării de înaintare şi

de blocare, determină reţinerea materiilor fecale;

3. Amânarea golirii ca urmare a contracţiei funcţionale de la nivelul anusului.

în practica clinică, se disting cel puţin patru tipuri de constipaţie cronică funcţională:

1. de tip „intestin gros” – cu mişcări peristaltice diminuate şi tranzit intestinal lent,
2. de tip „rectal” – cu tranzit lent la nivelul rectal,
3. de tip „anal” – cu tranzit lent la nivel rectal şi defecare perturbată ca urmare a contractării musculaturii la nivelul planşeului pelvin,
4. constipaţia care apare în cadrul sindromului intestinului iritabil.

Alimentaţia bogată în fibre determină o accelerare a tranzitului în cazul constipaţiei de tip „intestin gros” sau „rectal”, o creştere cantitativă a scaunului şi o ameliorare a simptomelor asociate. în cazul constipaţiei cronice, există pericolul abuzului de laxative, în urma căruia apare agravarea constipaţiei din cauza apariţiei scaunului uscat.

La o parte dintre pacienţii care prezintă constipaţie funcţională nu putem vorbi în mod necesar despre un tranzit lent la nivelul intestinului gros, ci mai degrabă despre o tulburare de funcţionare a planşeului pelvin, în sensul manifestării

unui sindrom al planşeului pelvin spastic. Aproximativ o treime dintre pacienţii cu constipaţie funcţională nu se poate relaxa suficient în timpul defecaţiei, manifestă tendinţa de a se forţa prea puternic pentru a evacua excrementele şi are nevoie de timp îndelungat pentru a defeca, astfel încât pare adecvată recomandarea unei terapii de relaxare adaptate tabloului simptomatic.

Balonarea funcţională

Balonarea funcţională se referă la simptome care apar în mod recurent şi nu în mod continuu, pe parcursul a minimum trei luni, şi constau în senzaţia de stomac prea plin, balonare sau tensiune la nivel abdominal, fără a exista semne evidente ale vreunei intoleranţe alimentare şi fără a îndeplini criteriile pentru tulburări precum stomacul iritabil, intestinul iritabil sau alte tulburări funcţionale. Balonarea, care uneori poate fi dureroasă, nu este prezentă în mod continuu, ci este recurentă.

Tranzitul intestinal este întotdeauna lent. Adesea în stomac se găseşte o cantitate mare de aer; există o tendinţă spre flatulenţă. Balonarea, care în mod subiectiv este percepută drept puternică, adesea nu are legătură cu prezenţa unei cantităţi anormale de gaz, ci cu faptul că persoanele afectate au o percepţie accentuată asupra cantităţii de aer prezente în mod normal în intestin. Senzaţia de balonare poate să apară şi din cauza activităţii motrice crescute a musculaturii intestinale. Poate exista însă şi o sensibilitate crescută la balonare, care la femei adesea are la origine ruşinea faţă de zgomotele intestinului care pot fi auzite sau o frică exagerată de a elimina gaze atunci când se află în situaţii sociale.

Dureri abdominale funcţionale

Disconfortul abdominal funcţional se referă la prezenţa pe parcursul a minimum şase luni a unor dureri persistente, care par a putea fi prea puţin puse în legătură cu fenomene fizice precum mâncatul, defecaţia sau menstruaţia, dar care conduc totuşi la afectarea desfăşurării normale a vieţii. Durerile apar adesea concomitent cu evenimente majore de viaţă sau cu crize existenţiale, cu experienţe de pierdere, violenţă sexuală sau fizică sau cu pierderea sprijinului social. Adesea sunt însoţite de stări anxioase sau dispoziţie depresivă. Multe persoane afectate manifestă un comportament asemănător cu cel în caz de boală: aceştia caută în mod constant explicaţii organice şi se complac în rolul de persoană foarte bolnavă.

TULBURĂRI FUNCŢIONALE ANORECTALE (TULBURĂRI LA NIVEL ANAL)

Anismul

Prin „anism” se înţelege o tulburare funcţională de evacuare a intestinului care

apare din cauza musculaturii extrem de încordate a planşeului pelvin. Fenomenul mai este denumit şi „sindromul planşeului pelvin spastic”. Persoanele afectate au senzaţia că anusul este blocat la încercarea de evacuare a materiilor fecale. în loc de a relaxa sfincterul anal extern, acestea exercită o presiune crescută, îngreunând sau chiar blocând astfel evacuarea materiilor fecale. Ca urmare, materiile fecale se acumulează în intestinul gros şi în rect, provocând dureri abdominale.

Incontinenţa fecală funcţională

Prin incontinenţă fecală funcţională se înţelege pierderea accidentală a unor cantităţi mici de materii fecale în lipsa unor cauze organice. Simptomele se agravează odată cu înaintarea în vârstă întâlnindu-se cel mai adesea în casele sau azilurile de bătrâni. Femeile aflate la vârste înaintate sunt mult mai predispuse la a manifesta această tulburare comparativ cu bărbaţii. De asemenea, această tulburare apare relativ frecvent şi în cazul tulburărilor funcţionale gastrointestinale şi al afecţiunilor intestinale infecţioase.

în multe situaţii, este prezentă o dilatare anormală la nivelul intestinului gros sau rectului sau există o dificultate în a estima corect măsura în care intestinul se dilată datorită prezenţei materiilor fecale. Incontinenţa poate apărea şi ca urmare a unei mai lungi perioade de constipaţie, iar în acest caz apare asemenea unui fenomen de inundare. Formele mai uşoare se

manifestă doar prin murdărirea cu materii fecale a lenjeriei de corp, precum şi prin eliminarea necontrolată de gaze. Imposibilitatea de a controla eliminarea de

materii fecale este percepută ca fiind extrem de penibilă, afectând în mod negativ calitatea vieţii şi având ca urmare restrângerea libertăţii de mişcare atunci când nu se află nicio toaletă în apropiere.

Antrenamentul de biofeedback anorectal, destinat să faciliteze reînvăţarea controlului sfincterian, prin intermediul unui aparat special introdus în anus, reprezintă – împreună cu exerciţiile pentru tonifierea planşeului pelvin – metode eficiente care pot fi utilizate în tratarea incontinenţei fecale funcţionale şi organice.

Dureri anorectale funcţionale (dureri rectale)

Există două tipuri de dureri anorectale funcţionale care durează, fiecare în parte, cel puţin trei luni. Este vorba fie despre dureri cronice sau recidivante – respectiv înţepături la nivelul anusului –, fie despre dureri spasmodice, paroxistice, înţepătoare şi chinuitoare la nivelul anusului, care adesea sunt resimţite şi în cursul nopţii.

TULBURĂRILE ORGANICE ULCERUL DUODENAL

Ulcerul duodenal este o boală infecţioasă a duodenului, a cărei prevalenţă este de 1,4% la nivelul întregii populaţii şi care apare de două până la patru ori mai frecvent în cazul bărbaţilor decât al femeilor. Simptomele constau mai ales într-o senzaţie de foame dureroasă, care apare la nivelul ombilicului şi care poate iradia până la nivelul spatelui. Din fericire, există o rată ridicată de vindecări spontane: numeroase ulcere se vindecă de obicei după patru până la şase săptămâni, iar recuperarea poate fi susţinută prin evitarea consumului de substanţe agresive, precum alcoolul, nicotina sau anumite medicamente, precum şi prin urmarea unei diete.

Pe lângă infecţia cu helicobacter pylori, o altă cauză o poate constitui secreţia excesivă de lichid gastric care, de regulă, nu este prezentă în cazul ulcerului gastric. Constatarea veche de aproape o sută de ani „Niciun ulcer peptic, fără acid gastric” este valabilă numai în cazul ulcerului duodenal, întrucât în cazul pacienţilor care suferă de ulcer gastric secreţia de acid este normală sau diminuată.

AFECŢIUNI GASTRICE INFLAMATORII (COLITA ULCEROASĂ ŞI BOALA CROHN)

Până în prezent, colita ulceroasă şi boala Crohn sunt considerate afecţiuni gastrice inflamatorii cronice ale căror cauze sunt necunoscute şi care sunt considerate incurabile, având o evoluţie schimbătoare. întrucât există asemănări ale acuzelor somatice, în circa 10 până la 15% dintre cazuri este dificil sau imposibil de realizat o distincţie între cele două. Aceste boli apar aproape la fel de frecvent atât în rândul bărbaţilor, cât şi al femeilor.

Ambele boli apar deja în perioada de tinereţe sau de maturitate timpurie în reprize recurente şi se asociază cu dureri abdominale puternice, diaree severă şi pierdere în greutate. Consecinţele: diminuarea masivă a calităţii vieţii şi, de asemenea, frecvent apariţia unor sentimente de nesiguranţă.

Colita ulceroasă

Din 100 000 de persoane, circa 40 până la 177 sunt afectate de colita ulceroasă. Aceasta constă în inflamarea mucoasei intestinului gros, care de obicei porneşte din rect, se extinde în întregul intestin gros şi care, în 5% dintre cazuri, se poate extinde şi la nivelul ileonului, zona imediat

adiacentă. Aceasta are o evoluţie recidivantă, se manifestă sub forma unor ulcere care se prezintă la nivelul unor suprafeţe extinse şi sunt, de regulă, hemoragice; într-o etapă ulterioară a bolii, acestea

determină formarea unor polipi, mai precis a unor tumori benigne ale mucoasei intestinale. Spre deosebire de boala Crohn, în acest caz nu sunt afectate straturile musculare mai profunde ale peretelui intestinal.

Simptomele cele mai importante în stabilirea diagnosticului sunt diareea purulentă sau hemoragică, sângerările anale, durerea, febra şi anemia însoţită de oboseală pronunţată şi stare de extenuare. Acuzele somatice tipice la debutul bolii sunt crampele abdominale, diareea cu sânge sau mucus, lipsa apetitului alimentar, pierderea în greutate şi febra. Atunci când este afectat doar rectul, nu se înregistrează modificări ale scaunului. Cu cât sunt mai afectate porţiunile superioare ale intestinului gros, cu atât mai apos devine scaunul şi cu atât mai frecvent apare diareea care se asociază cu dureri abdominale.

Boala Crohn

Din 100 000 de persoane, circa 10 până la 70 sunt afectate de boala Crohn. Spre deosebire de colita ulceroasă, în cazul acestei boli poate fi afectată orice porţiune a tractului gastrointestinal, începând de la cavitatea bucală până la anus, în majoritatea cazurilor însă fiind afectată porţiunea inferioară a intestinului subţire, ileonul şi porţiunea de colon aflată pe partea dreaptă. Spre deosebire de colita ulceroasă, această boală, de regulă, nu afectează şi rectul. în schimb, spre deosebire de colită, sunt afectate toate straturile peretelui intestinal. în special în regiunea anală se formează abcese şi fistule care ajung să unească între ele porţiuni alăturate ale intestinului. Acest fapt poate determina deteriorarea sfincterului, având ca urmare incontinenţa fecală parţială sau totală. îngroşarea peretelui intestinal, care apare ca urmare a inflamaţiei, determină adesea formarea de aderenţe la nivelul anselor intestinale, mărind riscul de apariţie a ocluziei intestinale.

Simptomele principale ale bolii Crohn sunt crampele abdominale şi diareea, cu sau fără prezenţa sângelui în scaun, care se asociază adesea cu pierderea în greutate şi febra. Tabloul clinic este diferenţiat în funcţie de regiunea tractului gastrointestinal care este afectată şi de gradul de severitate a inflamaţiei. Dacă boala afectează în principal intestinul subţire, apar dureri abdominale puternice, balonare şi diaree (până la de 15 ori pe zi) care, adesea, se asociază cu greaţă şi vărsături. Dacă boala afectează în principal colonul, apare scaunul cu sânge sau mucozităţi care se asociază cu pierderi în greutate sau lipsa apetitului alimentar. în situaţia periculoasă a producerii unei rupturi intestinale, materiile fecale pătrund în cavitatea abdominală. Boala poate avea evoluţii diferite de la caz la caz, este însă

întotdeauna cronică.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE

FACTORI PSIHOLOGICI

Tulburări somatoforme ale regiunii intestinale

Simptomatologia intestinului iritabil poate fi înţeleasă numai ca urmare a interacţiunilor dintre sistemul nervos central şi sistemul nervos vegetativ. Sistemul nervos vegetativ este influenţat

de către factorii de stres prin intermediul mecanismelor sistemului nervos central, mai exact printr-o mişcare mai alertă a esofagului, prin golirea încetinită a stomacului şi tranzitul mai lent al bolului alimentar în intestinul gros. Ar putea exista factori organici care să contribuie la apariţia simptomelor intestinului iritabil, mai precis să favorizeze asemenea tulburări, deşi până în prezent, aceştia nu sunt cunoscuţi. Este de asemenea posibil ca, pe viitor, odată cu înregistrarea unor progrese în medicină, tulburări care în prezent sunt considerate funcţionale să poată fi explicate dintr-o perspectivă organică sau biochimică.

în prezent, în cazul persoanelor cu intestin iritabil sunt de luat în considerate următoarele aspecte:

1. Sensibilitatea crescută la durere. Privind din această perspectivă, persoanele afectate prezintă o suprasensibilitate la nivel intestinal. Acestea pur şi simplu percep durerea sau prezenţa aerului în intestin mai puternic decât alţi oameni. Acest prag scăzut al sensibilităţii nu se manifestă la nivelul întregului organism, ci numai la nivelul regiunii

intestinale (adesea şi la esofag şi stomac), modificându-se adesea ca urmare a unor infecţii sau inflamaţii care apar la nivelul acestor regiuni ale corpului. Aceste infecţii şi inflamaţii sunt cele care determină ca receptorii de durere, inactivi până în acel moment, să devină activi, intensificându-se astfel percepţia durerii. Importante sunt însă şi procesele supraordonate care au loc la nivelul măduvei spinării sau la nivelul prelucrării semnalului dureros la nivelul creierului. Este posibil ca o parte a efectului să fie determinată de atenţia sporită îndreptată asupra senzaţiilor de la nivelul intestinului.

2. Tulburările de peristaltism intestinal (tulburările de motilitate). Privind din această perspectivă, simptomele intestinului iritabil iau naştere din cauza tulburărilor de motilitate şi de percepţie de la nivelul intestinului, sub influenţa factorilor emoţionali şi nervoşi, îndeosebi a stresului, presiunii timpului, fricii, furiei sau tristeţii. Cu toate acestea, nu a putut fi demonstrată până în prezent modificarea motilităţii colonului în stare de repaus. Pe scurt: este adevărat că în cazul pacienţilor cu intestin iritabil pot apărea mai frecvent mişcări peristaltice mai puternice şi mai

persistente decât în cazul altor persoane, acestea neexplicând însă natura disconfortului.

3. Alţi factori. în trecut, cauza sindromului intestinului iritabil era considerată activitatea peristaltică perturbată. De o vreme însă, pe lângă pragul scăzut al durerii, sunt avute în vedere şi alte variabile care pot influenţa dezvoltarea tulburării, precum sistemul nervos vegetativ, neurotransmiţătorii şi aşa-numitele neuropeptide. Se pare că serotonina, care este neurotransmiţătorul răspunzător de controlul funcţiei intestinale şi de percepţia durerii, exercită un rol hotărâtor în înţelegerea sindromului intestinului iritabil.

în cadrul tabloului simptomatologie al intestinului iritabil, de regulă sunt avuţi în vedere următorii factori psihosociali care îşi exercită influenţa prin intermediul unor multiple conexiuni între sistemul nervos vegetativ, în mod special sistemul nervos enteric (legat de sistemul gastrointestinal), şi creier (gânduri şi emoţii):

1. Trăsături de personalitate. Spre deosebire de afirmaţiile din trecut, în cazul persoanelor afectate nu se evidenţiază o structură tipică de personalitate. în situaţii individuale pot fi însă prezente anumite trăsături precum perfecţionismul, ambiţia exagerată, urmărirea în exces a performanţei, ostilitatea sau anxietatea crescută.

2. Evenimente de viaţă critice. Simptomatologia intestinului iritabil se dezvoltă adesea ca urmare a separărilor stresante şi care nu sunt integrate din punct de vedere psihic, a experienţelor de pierdere, a cazurilor de deces sau a îmbolnăvirilor grave din cadrul familiei sau al cercului social. Transformările importante apărute pe parcursul istoricului de viaţă cum ar fi pubertatea, căsătoria, naşterea unui copil, menopauza sau bătrâneţea, precum şi schimbările de la locul de muncă pot de asemenea să favorizeze dezvoltarea unei tulburări intestinale. Până la 85% dintre persoanele afectate relatează despre agravarea simptomelor ca urmare a experienţelor de viaţă stresante.

3. Stresul psihosocial şi gestionarea deficitară a stresului. în situaţia în care cei afectaţi nu dispun de strategii de ajustare (*coping)* adecvate, factorii stresori proveniţi din familie, cuplu sau de la locul de muncă pot să conducă la declanşarea unor afecţiuni intestinale funcţionale. „Diareea emoţională” poate să apară ca urmare a unei stări acute de anxietate sau a suprasolicitării cronice.

4. Afectele negative şi prelucrarea inadecvată a afectelor. Stările anxioase care par de nedepăşit (de ex., frica exagerată înaintea unui examen, frica faţă de şomaj

sau despărţire), supărarea care a rămas neprocesată, ostilitatea pregnantă, furia şi agresivitatea pronunţată determină apariţia contracţiilor intestinale, intensificarea activităţii motorii şi amplificarea percepţiei asupra durerii. Este posibil ca intestinul iritabil să constituie manifestarea fizică a unui „pacient iritat”.

5. Trauma psihică şi abuzul sexual. Conform unor studii, violenţa fizică sau sexuală suferită în copilărie poate avea drept consecinţe la vârsta adultă scăderea pragului durerii, precum şi dezvoltarea unor afecţiuni intestinale funcţionale. De asemenea, se poate demonstra în mod cert faptul că experienţele de violenţă sau de ameninţare la adresa vieţii la vârsta adultă (de ex., în cazul persoanelor persecutate pe criterii politice sau a victimelor de război) se asociază cu simptomatologia intestinului iritabil.

6. Afecţiunile psihice. Tulburările psihiatrice, precum anxietatea şi depresia, pot fi detectate la mai mult de jumătate dintre pacienţii cu intestin iritabil, ceea ce indică necesitatea unui tratament corespunzător. Conexiunile pot să difere însă: tulburarea psihică este fie cauza, fie consecinţa simptomelor intestinului iritabil.

7. Factorii cognitivi. Perspectivele nefavorabile asupra bolii şi prelucrarea psihică deficitară (de pildă, a evalua o infecţie intestinală inofensivă ca fiind o boală periculoasă) adesea favorizează problemele intestinale; astfel, în situaţia în care de exemplu un membru al familiei suferă de cancer intestinal, pot apărea frici legate de o boală similară.

8. Comportamentul inadecvat pe timpul bolii. Concentrarea constantă a atenţiei asupra simptomelor determină intensificarea percepţiei asupra disconfortului şi a experienţei de durere. Supraprotecţia permanentă poate întări fixaţia asupra disconfortului intestinal.

Afecţiunile intestinale inflamatorii cronice

Spre deosebire de concepţiile psihanalitice din trecut, în cazul afecţiunilor intestinale inflamatorii cronice nu este vorba despre boli psihosomatice propriu-zise, ci despre boli fizice („somatopsihice”) care – în funcţie de gradul de severitate şi de evoluţie a bolii – pot avea ca urmare dezvoltarea unor probleme psihice.

Cauzele somatice ale afecţiunilor intestinale inflamatorii cronice (colita ulceroasă, boala Crohn) sunt necunoscute. în principiu, este vorba despre un context multifactorial format din factori genetici (din pricina agregării familiale), procese imunologice locale anormale care au loc la nivelul mucoasei intestinale, factori microbiologici (microbi) şi influenţe alimentare, dar care este determinat şi de efectele anumitor medicamente (contraceptive orale) şi de consumul de nicotină (posibil datorită efectului vasoconstrictor).

Tulburarea nu poate fi înţeleasă decât pornind de la premisa că există o boală autoimună congenitală (reacţie imună excesivă a peretelui intestinal la stimuli exteriori): într-o primă fază, apare o reacţie de inflamare care se intensifică şi care apoi se autonomizează datorită substanţelor eliberate.

Ca urmare a faptului că, până în prezent, cauzele acestei tulburări au rămas neelucidate, nu există nici metode de tratament medical care să vizeze o anumită cauză. Scopul principal al intervenţiei medicamentoase îl constituie la momentul actual îndeosebi reducerea reacţiilor imunitare şi inflamatorii prin intermediul anumitor medicamente, evitând, pe cât posibil, intervenţiile chirurgicale.

Factorii psihici şi psihosociali implicaţi în afecţiunile intestinale inflamatorii cronice sunt controversaţi:

1. Factorii de personalitate. Nu există trăsături de personalitate specifice, care pot servi drept cauze (sau factori) de agravare ale (ai) simptomelor acestor afecţiuni. Există mai degrabă caracteristici precum starea depresivă accentuată, anxietatea sau labilitatea emoţională care se constituie drept consecinţe ale acestora. Concepţiile psihanalitice, conform cărora problemele intraindividuale (precum anxietatea în legătură cu experienţele de pierdere sau de eşec, conflictele legate de dependenţă-independenţă sau apropiere- distanţă) ar putea declanşa boala, sunt de abordat cu spirit critic, ele neavând acoperire din punct de vedere empiric.

2. Constelaţiile familiale. Anumite situaţii familiale, cum ar fi o legătură prea puternică între mamă şi copil, trebuie, de asemenea, considerate în calitate de consecinţe şi nu de cauze ale îmbolnăvirii cronice.

3. Evenimentele critice de viaţă. Persoanele afectate adesea relatează faptul că, înainte ca boala să se fi declanşat, s-au confruntat cu situaţii de viaţă stresante. Cu toate acestea, per total nu

s-a stabilit vreo conexiune satisfăcătoare între evenimentele critice de viaţă şi evoluţia bolii. Influenţa factorilor psihici şi psihosociali asupra dezvoltării afecţiunilor intestinale inflamatorii cronice este considerată minoră, aceştia având însă o influenţă importantă în evoluţia ulterioară a bolii.

4. Stresul. La o parte dintre pacienţi, anumiţi factori de stres precum supărarea zilnică sau sentimentele constante de suprasolicitare determină agravarea simptomelor. Dovezile empirice referitoare la legătura dintre stres şi declanşarea, respectiv evoluţia bolii sunt relativ inconsistente. Aşadar, se dovedeşte utilă

urmarea unui tratament psihoterapeutic numai în situaţia pacienţilor la care, în urma evaluării atente a întregului context de viaţă, au fost identificate conexiuni semnificative.

5. Solicitarea psihică şi scăderea calităţii vieţii ca urmare a tulburării, în funcţie de gradul de severitate al bolii, majoritatea pacienţilor au dificultăţi în gestionarea psihică a următorilor factori: stresul din cauza tratamentului (de ex., tratamentul medicamentos intensiv, operaţiile sau anusul artificial), nesiguranţa cu privire la evoluţia bolii, pierderea energiei şi a capacităţii de funcţionare (mergând în situaţii extreme până la incapacitatea de muncă), frica de a defeca necontrolat sau de a dezvolta cancer într-o fază avansată a bolii, retragerea socială, influenţele nefavorabile asupra familiei şi cuplului, depresia şi anxietatea. Toate acestea sunt valabile îndeosebi pentru pacienţii cu boala Crohn.

STRATEGII TERAPEUTICE

Deşi tulburările intestinale funcţionale şi organice au o largă răspândire, iar suferinţa persoanelor afectate este însemnată, aceste tulburări exercitând o influenţă importantă atât din punct de vedere economic, cât şi în privinţa politicilor de sănătate, există puţine strategii de tratament psihologic şi psihoterapeutic testate şi dovedite ştiinţific. în prezent, în cazul tulburărilor somatoforme ale abdomenului inferior, atât metodele de tratament din domeniul medical, cât şi din cel al psihoterapiei sunt, pur şi simplu, considerate insuficiente. Este adevărat că există tratamente de succes, însă ratele de răspuns la tratamentul placebo sunt extrem de ridicate. Ar fi de dorit ca specialiştii din cercetarea din domeniul medicinei şi al psihologiei, precum şi profesioniştii din domeniul sănătăţii să-şi intensifice conlucrarea şi efortul pentru a obţine rezultate terapeutice mai satisfăcătoare.

Următoarele măsuri terapeutice psihoterapeutice s-au dovedit a da rezultate cel puţin în situaţia unei părţi dintre persoanele afectate: psihoeducaţia (diseminarea de informaţii), antrenamentul de relaxare (inclusiv biofeedback), antrenamentul de gestionare a stresului, învăţarea unor competenţe sociale, învăţarea unor tehnici de gestionare a durerii şi deprinderea unor strategii de management a conflictelor. De asemenea, decisive sunt comutarea atenţiei înspre exterior – atenţie care, iniţial, era îndreptată în mod constant şi plin de anxietate asupra simptomelor,

precum şi încetarea comportamentelor de supraprotecţie. Constituie obiective terapeutice importante: optimizarea calităţii vieţii, renunţarea la un stil de viaţă nesănătos, modificarea unor obiceiuri alimentare incorecte, renunţarea la alimente

care balonează şi, în mod deosebit, adoptarea însemnatei decizii de a include fibre în alimentaţie. Eficiente s-au dovedit a fi în special următoarele metode: terapia comportamentală, tehnica de biofeedback, tehnicile de relaxare, hipnoza, psihoterapia psihanalitică. în cazul persoanelor care suferă de tulburări intestinale, combinaţia dintre psihoterapie, tehnici de relaxare şi medicaţie reprezintă cea mai eficientă formă de tratament a simptomelor fizice şi psihice. în situaţia a numeroşi pacienţi se vor înregistra ameliorări numai dacă durerea lor va fi luată în serios de către specialiştii care îi tratează şi abordată în mod special. Există următorul mesaj care se dovedeşte a fi important în situaţia pacienţilor ipohondri care acuză simptome ale unui intestin iritabil: sindromul intestinului iritabil nu este periculos şi nu determină apariţia cancerului.

Utilizarea exclusivă a terapiilor medicamentoase nu se dovedeşte de succes pe termen lung şi, în plus, rata de răspuns la tratamentul placebo este de 50 până la 80% – aşadar, foarte ridicată. Cu toate acestea, se dovedesc utile: prescrierea anumitor medicamente – în situaţia diareei cronice, a durerilor severe şi a aerofagiei –, consumarea de fibre – în cazul constipaţiei – şi respectarea unei diete, în cazul balonării.

în anumite situaţii, pot fi utile produsele psihofarmaceutice, în special antidepresivele, atât în cazul pacienţilor depresivi care prezintă diagnosticul de intestin iritabil, cât şi în cazul altor persoane afectate, întrucât, prin intermediul acestora, simptomele pe care aceşti pacienţi le prezintă pot fi adesea influenţate în mod favorabil. Aceste produse pot fie reduce durerea, fie ameliora depresia sau anxietatea. în privinţa sedativelor care creează dependenţă, a aşa-numitelor benzodiazepine, prescrise adesea în cazul pacienţilor anxioşi, este necesară administrarea acestora cu precauţie, întrucât atunci când acestea sunt consumate cu regularitate, există pericolul utilizării abuzive.

în cazul afecţiunilor intestinale inflamatorii cronice, intervenţiile psihologice şi psihoterapeutice pot ameliora în mod evident starea psihică a persoanelor afectate prin creşterea gradului de complianţă (respectarea recomandărilor medicale cu privire la tratament), sprijinirea modului de gestionare a bolii şi înlăturarea neîncrederii cu privire la atractivitatea fizică (anusul artificial sau reacţiile adverse ale medicamentelor); de asemenea, aceste intervenţii pot atenua consecinţele problematice de natură psihosocială din familie, cuplu şi referitoare la sexualitate, pot ajuta în gestionarea unor simptome psihice asociate, precum anxietatea şi

depresia, şi pot spori capacitatea de relaxare prin intermediul a diverse tehnici. în situaţia acestor tulburări, care în prezent sunt considerate incurabile, intervenţiile psihologice şi psihoterapeutice nu pot însă influenţa în mod direct evoluţia bolii. Perspectiva bio-psiho- socială reprezintă un punct de vedere care se situează la mijloc între acele concepţii care fie atribuie factorilor psihici un rol cauzal, fie nu le atribuie niciun fel de rol.

CÂND VEZICA URINARĂ SE AFLĂ SUB PRESIUNE

Femeile plâng prin intermediul vezicii.

Proverb

VEZICA URINARĂ IRITABILĂ – NEVOIA CONSTANTĂ DE A MERGE LA TOALETĂ

Doamna Maier, o secretară-şefă de 28 de ani, simte în toate situaţiile posibile nevoia urgentă de a urina şi trebuie să meargă permanent la toaletă, adesea şi de 15 ori pe zi. întrucât a atras de mai multe ori atenţia în mod neplăcut din pricina vizitelor ei permanente la toaletă, începe treptat să aibă probleme la birou. însă nu doar situaţia de la locul de muncă îi creează probleme doamnei Maier. Ea abia mai poate călători cu mijloacele de transport în comun, întrucât este de părere că ar putea să facă pe ea. Ea exprimă asemenea griji şi în privinţa vizitelor la film sau la

teatru, ceea ce, în timp, a ajuns să-l exaspereze pe prietenul ei. Doamna Maier a ajuns să se simtă bine numai atunci când ştie că se află în preajma unei toalete. Nevoia urgentă de a urina s-a instalat după despărţirea de fostul ei prieten care, de atunci, o terorizează telefonic acasă sau la serviciu. La singura întâlnire pe care au avut-o după despărţire, el a violat-o în mod brutal, experienţă pe care ea nu a reuşit să o depăşească până în prezent. în loc să continue a trăi cu teamă faţă de propriul corp şi faţă de nevoia urgentă de a urina, precum şi faţă de alţi bărbaţi şi de contactul sexual, ea va trebui să înveţe cum să integreze această experienţă oribilă şi să prelucreze furia pe care o resimte faţă de fostul ei prieten, în cadrul unei psihoterapii.

„A FACE ÎN PANTALONI DE FRICĂ”: VEZICA URINARĂ ŞI PSIHICUL

Traotul urogenital este zona care cuprinde rinichii, ureterele, vezica urinară, uretra, prostata şi organele genitale. Tractul urogenital îndeplineşte mai multe sarcini: este în acelaşi timp organ de producţie (producţie de urină), organ de reproducere (procreare) şi organ de plăcere (sexualitate). în cazul unor tulburări vor trebui tot

timpul avute în vedere interacţiunile fizice şi psihice complexe dintre diferitele funcţii. Astfel, nu constituie o raritate ca, în urma unui viol, să apară probleme ale vezicii urinare.

în această secţiune ne vom referi exclusiv la urină şi la organele care au legătură cu aceasta; din lipsă de spaţiu, nu este posibil să ne referim aici şi la tulburările sexuale. Urina se formează în rinichi şi curge prin intermediul ureterelorîn vezica urinară. Uretra, care este calea de evacuare a urinei din vezică, este foarte scurtă la femei şi, prin urmare, foarte expusă la inflamaţii, iar la bărbaţi are o lungime de circa 25 cm.

în vezica urinară se poate aduna până la evacuare o cantitate de urină de circa 400 până la 500 ml; când cantitatea de umplere este de 350 până la 450 ml se instalează nevoia urgentă de a urina, care constituie semnalul pentru golirea voluntară a vezicii urinare. Vezica urinară este situată în pelvis şi se găseşte pe o placă de muşchi şi ligamente ancorate de jur împrejur de oase şi denumită planşeu pelvin. Această musculatură poate fi încordată în mod voluntar, fapt utilizat cu scop precis în cadrul exerciţiilor pentru planşeul pelvin, executate în situaţia incontinenţei urinare. La bărbat, între vezica urinară şi planşeul pelvin se găseşte prostata, care împrejmuieşte uretra. La femei, în situaţia în care vezica urinară este plină, uterul – situat chiar deasupra acesteia – se ridică puţin; în timp ce, atunci când există prolaps genital, se produce o uşoară comprimare a vezicii urinare.

în timpul micţiunii, muşchii vezicii urinare şi sfincterul vezical vor trebui să se coordoneze: evacuarea urinei este coordonată de către sistemul nervos parasimpatic, care are rolul de a determina contractarea musculaturii vezicii urinare, în timp ce musculatura sfincterului urinar se relaxează. în timpul micţiunii, musculatura întregului planşeu pelvin trebuie să fie total relaxată. în caz contrar, vorbim despre o tulburare de urinare.

Există câteva expresii populare care indică importanţa vezicii urinare şi a funcţiei excretorii renale în relaţie cu emoţii precum frica, furia sau supărarea: cineva face pe el de frică sau de stres. Iar uneori, vorbind la figurat, cineva este prins cu

chiloţii în vine.

Tulburările funcţionale ale vezicii urinare sunt determinate de lipsa de coordonare între musculatura vezicii urinare, cele două sfinctere şi musculatura planşeului pelvin. Stresul şi tensiunea cauzate de emoţii (frică, supărare, furie) provoacă senzaţia de urinare şi dau semnalul pentru golirea voluntară a vezicii urinare, chiar şi atunci când în vezica urinară se găseşte o cantitate mai mică de 300 de mililitri de lichid. Sistemul nervos parasimpatic determină activarea organelor excretoare (defecaţie şi urinare); apare nevoia permanentă de a alerga la toaletă. Adesea, în mod subiectiv, reacţiile de şoc şi de frică se exprimă prin nevoia urgentă de a urina („vezica iritabilă”), pierderea efectivă de urină (incontinenţă urinară de stres), nevoia de a

defeca, diaree şi sentimentul general de „a face pe tine”. Defecaţia şi urinarea în situaţii de frică şi pericol pot fi înţelese în cadrul evolutiv: fuga devine mai uşoară datorită pierderii în greutate.

Fiecare dintre noi cunoaşte această experienţă: înainte de un examen, de un interviu sau de o întâlnire importantă, devin brusc necesare vizitele frecvente la toaletă. Când acest lucru nu este posibil, presiunea resimţită la nivelul vezicii urinare creşte atât de mult, încât devine aproape insuportabilă; dacă însă, în principiu, ştim că există o toaletă în apropiere, atunci brusc mersul la toaletă mai suportă încă o mică amânare.

De asemenea, în cazul stresului, al enervării şi al fricii, organele excretoare pot fi inhibate prin intermediul sistemului nervos simpatic, în mod subiectiv, acest lucru se exprimă prin retenţia de urină.

în cazul tulburărilor psihice, al anxietăţii, dar mai ales al depresiei, se manifestă următoarele tulburări ale vezicii urinare: urinarea dificilă (dureroasă), nevoia frecventă de urinare, senzaţiile de tensiune şi presiune în vezica urinară, incontinenţa urinară (urinarea involuntară).

Tabelul 8: Tulburări urologice relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE VEZICA URINARĂ IRITABILĂ

Cea mai frecventă tulburare urogenitală somatoformă este vezica urinară iritabilă, care se întâlneşte îndeosebi la femei, apare însă, uneori, şi la bărbaţi. Spre deosebire de cazul în care vezica urinară iritabilă este generată în mod secundar, ca urmare a unei alte tulburări, în cazul vezicii urinare iritabile care apare ca afecţiune primară nu poate fi identificată nicio cauză concretă. Această tulburare funcţională este caracterizată prin următoarele simptome: nevoia de urinare frecventă şi anormală (chiar şi în cazul unor cantităţi mici), care, cu toate acestea, se manifestă de obicei în lipsa unei incontinenţe, precum şi durere sau usturime la urinare, care apar uneori. Senzaţia principală corporală este o permanentă nevoie de a urina care apare de obicei atunci când gradul de umplere a vezicii urinare este redus, fiind intensificată de anumite circumstanţe care declanşează frica, îndeosebi de situaţiile agorafobice şi de absenţa sau prezenţa îndepărtată a unei toalete. Frica de a se confrunta cu nevoia de urinare reprezintă adesea motivul pentru care sunt evitate vizitele la cinema sau la concerte, precum şi călătoriile mai lungi sau mijloacele de transport în comun şi pentru care călătoriile sau plimbările sunt întreprinse numai atunci când în apropiere se aflâ toalete. Persoanele afectate consumă foarte puţine lichide din cauza fricii faţă de senzaţia urgentă de urinare, agravându-şi, în necunoştinţă de cauză, simptomele, întrucât urina este mai concentrată în cazul deficitului de lichide şi poate provoca iritarea peretelui vezicii urinare.

Simptomele vezicii urinare iritabile pot să conducă la agravarea unei tulburări de anxietate sau reprezintă chiar expresia unei tulburări de anxietate (în special în cazul agorafobiei). Acestea pot apărea însă şi în cadrul unei depresii sau al unei tulburări sexuale. Uneori vezica iritabilă se asociază cu dureri difuze la nivelul abdomenului inferior.

Pacienţii care resimt nevoia urgentă de a urina nu au dureri la urinare. Cu toate acestea, uneori, datorită activităţii sfincterului, aceştia se confruntă cu senzaţii dureroase de tensiune sau arsură la nivelul uretrei, care durează de obicei cel mult 10 până la 15 minute, dispărând apoi spontan. în acest caz, tensiunea se manifestă la nivelul sfincterului şi al pelvisului iradiind până la nivelul uretrei.

Există două fenomene care alimentează cercul vicios care determină agravarea simptomatologiei vezicii urinare iritabile. Pe de o parte, deschiderea sfincterului care se petrece la urinare determină detensionarea şi o reducere de scurtă

durată a nevoii constante de a urina şi, prin aceasta, o ameliorare temporară a simptomelor. Pe de altă parte, urinarea frecventă, atunci când este resimţită până şi cea mai uşoară nevoie de

urinare, poate genera în mod secundar o diminuare a capacităţii vezicii urinare, care contribuie apoi, la rândul ei, la intensificarea disconfortului.

SINDROMUL URETRAL LA FEMEIE

Sindromul uretral la femeie se deosebeşte de simptomatologia vezicii urinare iritabile prin aceea că nu apare nevoia de urinare caracteristică celei din urmă tulburări; în locul acesteia, sunt prezente dureri spasmodice, ardente, pulsatile în zona uretrei şi a porţiunii de trecere de la uretră în vagin (în proximitatea clitorisului). De regulă, apar crize dureroase, care sunt resimţite ca fiind spasmodice, ardente, pulsatile, durează de cele mai multe ori circa o jumătate de oră sau mai mult şi apar adesea la sfârşitul micţiunii sau independent de aceasta – în acest caz fiind posibil să determine tulburări de somn (spre deosebire de sindromul vezicii urinare iritabile).

Faptul că durerea se manifestă sub forma unor crize are legătură cu tensiunea acută, indusă emoţional, care se instalează la nivelul unor muşchi sau grupe de muşchi care se găsesc la intrarea în vagin şi se află într-o stare cronică de încordare, fapt care explică senzaţia de durere la nivelul meatului uretral şi al clitorisului. Contractarea sfincterului în timpul crizei dureroase determină o puternică agravare a simptomelor. Nu sunt rare cazurile în care simptomele sunt tratate cu medicaţie antibacteriană, fiind confundate cu simptomele severe ale vezicii urinare iritabile sau, deşi analizele de laborator lipsesc, cu inflamaţii ale vezicii urinare, ulterior fiind catalogate ca „rezistente la terapie”.

SINDROMUL UROGENITAL PSIHOSOMATIC LA BĂRBAT

Cea mai frecventă tulburare somatoformă a sistemului urogenital la bărbat, care la jumătate dintre pacienţi se asociază cu afecţiuni ale prostatei, este sindromul urogenital psihosomatic – numit şi prostatopatie, prostatodinie sau prostatită cronică. Aceste denumiri sunt improprii, în măsura în care – dată fiind conexiunea stabilită cu prostata – este sugerată existenţa unei baze organice, care nu există însă. Semnele acute sau cronice ale unei inflamaţii bacteriene lipsesc adesea şi, chiar şi în cazul unei inflamaţii, aceasta nu explică în mod adecvat gradul de severitate al prostatopatiei. Acest lucru devine evident în special prin faptul că tulburarea persistă chiar şi după administrarea de antibiotice şi după ce semnele

inflamaţiei dispar. La circa jumătate dintre persoanele afectate nu sunt găsite cauze infecţioase sau bacteriene, ceea ce constituie un indiciu asupra importanţei factorilor psihici.

La mai mult de jumătate dintre pacienţi apar, de asemenea, şi tulburări sexuale funcţionale. Din pricina durerilor, persoanele afectate adesea decid să-şi reducă activitatea sexuală, în timp ce a acţiona tocmai în mod contrar ar fi mai indicat: satisfacerea sexuală determină relaxarea musculară! Prin analogie cu durerile abdominale cronice ale femeii, ar trebui ca, pe viitor, întregul tablou simptomatologie să primească denumirea de „dureri abdominale idiopatice la bărbat” şi să fie considerate o tulburare algică somatoformă cronică. Tulburarea, care se referă la existenţa unui disconfort difuz la nivelul abdomenului inferior şi al pelvisului, se asociază cu o tensiune resimţită drept dureroasă la nivelul planşeului pelvin („mialgie pelvină”) şi se caracterizează printr-o multitudine de simptome:

• Disconfort la nivelul tractului urinar şi la urinare: nevoia frecventă de a urina, ezitarea înaintea golirii vezicii sau dureri la urinare, senzaţia de arsură la nivelul uretrei în timpul sau după urinare, respectiv picurare post-urinare – independent de aceasta, mâncărimi şi senzaţie de gâdilare la nivelul uretrei, dureri la nivelul vezicii urinare, trezire nocturnă frecventă din cauza urgenţei de a urina.

• Disconfort la nivelul intestinului şi al anusului: senzaţia de presiune la nivelul perineului, senzaţia de tensiune la nivelul anusului care adesea iradiază până la nivelul rectului, nevoia de a defeca, scaun neregulat, dureri la defecare, accentuarea disconfortului intestinal prin contracţia sfincterelor respectiv a sfincterului în cauză (până la 30 de minute după urinare).

• Disconfort la nivel genital: senzaţii neplăcute în zona genitală, dureri care iradiază sau senzaţia de presiune la nivelul pubisului, penisului şi testiculelor („dureri testiculare").

• Disconfort la nivelul altor zone ale corpului: senzaţie de junghi şi durere în zona inghinală (unilateral sau bilateral), senzaţie de tensiune şi durere în zona sacrală.

• Disfuncţii sexuale: lipsa libidoului, disfuncţii erectile, ejaculare precoce sau durere la ejaculare, incapacitatea de a obţine orgasm, prezenţa sângelui în lichidul seminal rezultat în urma ejaculării.

RETENŢIA DE URINĂ

Retenţia psihogenă de urină constă în micţiunea cu dificultate în situaţii de suprasolicitare şi în situaţii în care persoana se simte supravegheată. Retenţia de urină care nu are cauze organice (retenţie de urină în vezica urinară care nu este şi nici nu poate fi controlată voluntar, respectiv dificultăţi în a elimina urina în mod spontan) apare îndeosebi la femei, care au suferit traume de natură sexuală sau au trăit alte experienţe sexuale înfricoşătoare. Stresul

poate contracta muşchii sfincterieni din apropierea vezicii urinare şi poate determina închiderea uretrei.

în cazul a numeroşi bărbaţi, iritaţiile aflate în această zonă determină imposibilitatea de a urina atunci când se află la pisoar şi se simt observaţi sau oprirea jetului de urină atunci când cineva intră pe neaşteptate în încăpere. 3 până la 7% dintre bărbaţi suferă de această tulburare numită „paruresis". Se consideră adesea că această simptomatologie este expresia unei fobii sociale.

POLIURIA

Stresul sau enervarea pot favoriza poliuria psihogenă când, în ciuda consumului normal de lichide, pe parcursul a două până la patru ore sunt eliminate cantităţi mari (până la trei litri) de urină puternic diluată şi limpede ca apa, fiind necesare vizite frecvente la toaletă.

TULBURĂRILE ORGANICE CISTITA CRONICĂ (URETROCISTITA)

Cea mai frecventă tulburare a vezicii urinare cu cauze organice la femeie este cistita, caracterizată printr-o nevoie de a urina care debutează brusc, durere la urinare şi urină tulbure, cu miros anormal şi, uneori, cu prezenţa sângelui în urină. Atunci când simptomatologia este cronică (două până la trei, uneori chiar douăsprezece infecţii pe an), adesea sunt de luat în considerare aspecte psihosomatice care se explică datorită existenţei unui sistem imunitar dereglat şi suprasolicitat de factori psihosociali (stres în familie, în cuplu sau la locul de muncă). Ca urmare a simptomatologiei urologice, adesea apar şi probleme sexuale şi/sau de cuplu.

INCONTINENŢA URINARĂ

Incontinenţa urinară cu pierdere involuntară de urină apare în rândul femeilor de trei ori mai des decât în rândul bărbaţilor şi constituie

pentru acestea una dintre cele mai importante şi stresante tulburări urologice cu cauze organice, care trebuie menţionată îndeosebi datorită consecinţelor pe care le determină în plan psihic. Există patru forme, dintre care incontinenţa urinară de efort şi incontinenţa imperioasă sunt cele mai importante. Dintre pacienţii cu incontinenţă urinară, 35% suferă de incontinenţă urinară de efort, 25% de incontinenţă imperioasă şi 30% suferă de o formă mixtă, care reprezintă un amestec dintre incontinenţa urinară de efort şi cea imperioasă. 16% dintre femei şi 5% dintre bărbaţi prezintă o formă de incontinenţă urinară, cu toate că numai la 17% dintre persoanele afectate incontinenţa se manifestă zilnic.

Incontinenţa de efort se referă la pierderea involuntară de urină în cazul stresului fizic (nu psihic!), respectiv în cazul râsului, tuşitului, săritului sau ridicatului, atunci când presiunea la nivel abdominal este uşor crescută. Acest lucru determină pierderea de urină până şi în situaţia unor creşteri nesemnificative ale presiunii la nivel abdominal şi în lipsa oricărei mişcări de contracţie a musculaturii. Cel mai adesea, cauza o reprezintă slăbiciunea musculaturii pelvine care de regulă apare după naşteri (fiecare a treia femeie suferă după naştere de incontinenţă urinară). în urma naşterii, uterul şi implicit vezica urinară alunecă mai jos, devenind astfel mai dificil ca vezica urinară să fie menţinută închisă. Incontinenţa de efort apare îndeosebi la femeile mai în vârstă, ca urmare a unui deficit hormonal, fiind de înţeles faptul că este percepută ca fiind extrem de stresantă şi determină adesea apariţia unor comportamente de retragere şi evitare. Se impune aşadar antrenarea

musculaturii pelvine. Pentru a evita problemele, persoanele afectate adesea consumă prea puţine lichide când, de fapt, în vederea curăţării tractului urogenital, ar fi necesar un consum sporit de lichide.

în cazul incontinenţei imperioase, musculatura vezicii urinare se contractă: apare nevoia urgentă de a urina şi, în consecinţă, pierderea de urină. Cauze posibile: pe lângă factorii organici ca, de exemplu, inflamaţia vezicii urinare, poate exista la nivelul sistemului nervos central şi o disfuncţie determinată de factori psihologici. în

această situaţie, mecanismul de închidere al vezicii urinare este intact.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Spre deosebire de alte specialităţi, în cadrul urologiei, conceptele psihosomatice sunt insuficient dezvoltate şi cercetate. Generalizând adesea în mod eronat, psihanaliştii tind să considere tulburările sexuale drept cauză neorganică a tulburărilor de golire a vezicii urinare. Dacă au suferit traume de natură sexuală, femeile prezintă o combinaţie evidentă de probleme urologice, sexuale şi ginecologice: dureri la urinare, vezică urinară iritabilă, dureri abdominale cronice, secreţie vaginală, dureri la contactul sexual şi incapacitate de a obţine orgasm. Cel mai adesea însă, factorii declanşatori îi constituie stresul, problemele de cuplu şi situaţiile deosebit de presante.

Cauza apariţiei simptomelor vezicii urinare iritabile o constituie tensiunea acumulată la nivelul sfincterului extern al vezicii urinare şi e determinată de factori emoţionali. Adesea apare o contracţie la nivelul întregului pelvis, mai cu seamă însă la nivelul planşeului pelvin. Femeile afectate se confruntă cu simptomele vezicii urinare iritabile numai în timpul orelor de veghe, somnul nefiind afectat de către acestea; chiar şi numai acest fapt indică natura psihosomatică a tulburării. Aceste femei adesea confundă, în mod cu totul eronat, nevoia urgentă de a urina cu pericolul de a suferi de incontinenţă urinară. Simptomele apar adesea în anumite situaţii, îndeosebi atunci când în apropiere nu se găseşte nicio toaletă.

Nu este nicidecum obligatoriu însă să existe o conexiune cu problemele sexuale. Modelul care face referire la fixarea excesivă a atenţiei asupra unui anumit organ, modelul încordării musculare, precum şi modelul stresului constituie adesea concepte explicative utile:

1. Tulburările funcţionale la nivel urogenital au la bază tensiunea musculară, respectiv tensiunea acumulată la nivelul abdomenului inferior şi la nivel pelvin pe care persoanele afectate adesea nici nu o conştientizează. în consecinţă, afecţiunile pelvine la femei şi bărbaţi constituie expresia tensiunii acumulate la nivelul planşeului pelvin („mialgie pelvină”).

2. Vezica iritabilă apare de obicei ca urmare a stresului cronic, a excitării generale a sistemului nervos vegetativ, a fricilor intense sau a tensiunii provocate de furia interiorizată, fiind adesea intensificată de o nevoie sporită de siguranţă şi control. în acest caz, devine evident cercul vicios care se creează din cauza fixării excesive a atenţiei asupra unui singur organ: tocmai *pentru că* persoana afectată ştie că

ar fi posibil ca în situaţii stresante să resimtă nevoia urgentă de a urina, aceasta îşi concentrează din ce în ce mai mult atenţia asupra vezicii urinare, fapt care determină creşterea nivelului de excitare a sistemului nervos vegetativ, instalându-se cu adevărat nevoia urgentă de a urina.

3. Incontinenţa imperioasă apare adesea ca urmare a unei tensiuni permanente acumulate la nivelul musculaturii planşeului pelvin care se datorează anxietăţii, agitaţiei, problemelor sexuale sau unor experienţe de abuz sexual.

4. Prostatopatia, precum şi dificultatea la urinare sau senzaţia de arsură la nivelul uretrei sunt legate de tensiunea resimţită la nivelul planşeului pelvin.

ASPECTE TERAPEUTICE

în cadrul psihoterapiei este necesară abordarea individualizată a fiecărui caz, întrucât pacienţii care prezintă tulburări urologice relevante din punct de vedere psihosomatic constituie o grupă extrem de eterogenă:

1. Psihoeducaţie. Este extrem de important ca bolnavilor să le fie prezentat modelul bio-psiho-social al bolii, întrucât, de regulă, aceştia

nu cunosc conexiunile între corp şi psihic sau nu le pot înţelege întru totul.

2. Exerciţii de relaxare. Trainingul autogen, tehnicile de respiraţie şi metoda de biofeedback pot să diminueze presiunea exercitată asupra vezicii urinare, întrucât prin intermediul acestora se dobândeşte o mai bună conştientizare şi diminuare a tensiunii fizice generale.

3. Antrenament de gestionare a stresului. Presiunea pe care pacientul o resimte asupra vezicii urinare se află adesea în strânsă legătură cu alte situaţii de viaţă presante şi stresante. Persoanele care au probleme urologice de natură psihosomatică vor trebui să înveţe să gestioneze mai eficient situaţiile stresante cu care se confruntă.

4. Renunţarea la comportamentul de control corporal permanent. Datorită acestui comportament simptomele sunt amplificate, astfel încât devine foarte importantă comutarea atenţiei asupra mediului înconjurător.

5. Terapie centrată asupra corpului. înainte ca strategiile de comutare a atenţiei să poată acţiona pe termen lung, este foarte important ca pacientul să se raporteze la el însuşi şi să se autoperceapă într-un mod lipsit de anxietate şi stres, într-o primă fază în stare de relaxare şi, ulterior, în stare de tensiune fizică, renunţând la comportamentul de automonitorizare constantă a propriului corp.

6. Renunţarea la toate strategiile de evitare. Este foarte importantă expunerea

ţintită la situaţii temute, dar dezirabile (precum, de exemplu, vizita la cinematograf), întrucât orice evitare aduce cu sine agravarea problemelor urinare. Ca şi în situaţia terapiei al cărei obiectiv îl reprezintă depăşirea anxietăţii, este necesară redobândirea libertăţii de mişcare care adesea a fost mult îngrădită. în acest sens, pacienţii cu vezica iritabilă vor trebui să înveţe să facă faţă minimum 10 până la 15 minute senzaţiei de urgenţă de a urina, amânând pe cât posibil vizita la toaletă, pentru a se confrunta astfel cu experienţa că nu sunt

total controlaţi de cerinţele propriului corp. Persoanele afectate vor trebui să reia obiceiul de a bea doi până la trei litri de lichide pe zi întrucât, astfel, se ajunge la o reducere şi nu la o intensificare a urgenţei de a urina.

7. Training emoţional. Perceperea şi verbalizarea emoţiilor precum frica sau sentimentele de frică şi de suprasolicitare, dar şi elaborarea anumitor emoţii precum furia sau dezamăgirea constituie premise importante pentru a diminua starea de tensiune fizică generală.

8. Procesarea contextului psihosocial. în afara terapiei centrate pe simptom, vor trebui analizate şi cauzele tulburării, fie că este vorba despre stres, probleme de cuplu, probleme psihice, fie despre anumite probleme sexuale apărute ca urmare a confruntării cu experienţe traumatizante.

9. Antrenamentul musculaturii peretelui pelvin. în cazul incontinenţei urinare, s-a dovedit eficient antrenamentul pentru tonifierea musculaturii peretelui pelvin care, în practica clinică, se desfăşoară de obicei sub supravegherea unui fizioterapeut.

CÂND PE PIELE APAR MÂNCĂRI MI ŞI DURERI

Un om poate trăi dacă este orb

sau surd, precum şi dacă nu aude şi nici nu are gust,

însă în lipsa funcţiilor pe care pielea le îndeplineşte,

devine imposibil să trăiască.

HELEN KELLER

NEURODERMATITA – SCĂRPINATUL NU FACE DECÂT SĂ AGRAVEZE SITUAŢIA

Doamna Böhm, o vânzătoare de 29 de ani, suferă de la vârsta de 8 ani de neurodermatită. De doi ani, disconfortul s-a intensificat din nou
şi, spre deosebire de dăţile anterioare, nici utilizarea cu regularitate a cortizonului şi nici spitalizarea nu au mai contribuit la ameliorarea acestuia. Medicul de familie recomandă doamnei Bohm vizita la un psihoterapeut. încă din primele relatări, se dovedeşte faptul că ea suferă ca urmare a faptului că este angrenată în conflicte puternice si care îi par imposibil de gestionat cu o serie de persoane apropiate. În special, îi creează probleme prezenţa mamei soacre, în a cărei casă locuieşte în urma căsătoriei şi cu care nu se înţelege deloc. Ea ar prefera să locuiască în casa iubitului ei tată, care a decedat, variantă care pentru soţul ei nu constituie însă o opţiune. Frustrarea şi furia sunt prezente şi la locul de muncă: doamna Bohm lucrează la un supermarket unde au loc reduceri de personal, fapt care creează o presiune sporită la locul de muncă. în plus, ea este profund afectată de privirile clienţilor care îi pot observa cu uşurinţă iritaţiile apărute pe piele. Ea îşi doreşte foarte mult un copil, fapt care contravine planurilor de dezvoltare în carieră ale soţului. Tensiunea ei interioară este adesea atât de mare, încât simte nevoia să se scarpine încontinuu pentru a elimina, cel puţin pentru scurt timp, senzaţia de mâncărime; ulterior se reinstalează şi se intensifică însă senzaţia de durere, care apare din cauza deteriorării pielii. Când ştie că este singură, se scarpină din cap până în picioare „până îi dă sângele” – acesta fiind un cerc vicios fatal! Ea nu ştie să-şi gestioneze nici reacţia în faţa senzaţiei de mâncărime şi nici tensiunea interioară crescută.

„A NU SE SIMŢI CONFORTABIL ÎN PROPRIA PIELE”: PIELEA ŞI PSIHICUL

Pielea este formată din trei straturi: la exterior epidermul, la mijloc dermul şi la interior hipodermul. Epidermul este format la rândul său din mai multe straturi, iar stratul cel mai de suprafaţă al acestuia este stratul cornos, format din celule moarte al căror nucleu a dispărut şi care continuă să se desprindă în permanenţă şi să fie înlocuite de noi celule aflate în straturile mai profunde ale epidermului. Dermul este format din ţesut conjunctiv elastic, este traversat de vase sangvine şi are în componenţă papilele dermice, glandele sebacee, receptorii pentru calităţile senzoriale, cum ar fi presiunea şi temperatura,

precum şi terminaţiile nervoase libere, care servesc drept receptori pentru durere şi se extind până în epiderm. Hipodermul este în principal constituit din lobuli de celule grase şi cuprinde, pe

lângă vase sangvine şi nervi, terminaţiile tubulare ale glandelor sudoripare, al căror traseu traversează dermul, deschizându-se la suprafaţa epidermului prin intermediul a numeroşi pori.

Pielea şi sistemul nervos central s-au format, în stadiile cele mai timpurii ale ontogenezei, din aceleaşi elemente: din punct de vedere evolutiv, celulele tegumentare şi cele nervoase îşi au originea în acelaşi strat germinai embrionar. Acest lucru explică şi reacţia pielii atunci când o persoană se confruntă cu emoţii foarte puternice. Pielea este profund interconectată cu sistemul nervos şi datorită faptului că anumite celule tegumentare produc anumiţi neurotransmiţători răspunzători de transmiterea impulsului nervos. Prin intermediul măduvei spinării, anumite porţiuni ale pielii (aşa- numite segmente) sunt interconectate cu anumite organe ale corpului precum inima, stomacul, intestinul sau ficatul. Astfel, anumite organe interne pot fi influenţate prin terapii exterioare (de la masaj şi până la injectarea anumitor substanţe în anumite zone ale pielii). Şi invers, atunci când anumite organe interne se îmbolnăvesc, acestea se manifestă prin disconfort specific la nivelul zonelor de piele asociate (de ex., afecţiunile cardiace se manifestă la nivelul umărului şi al braţului stâng).

Pielea, cu a sa suprafaţă de 1,5 până la 2 m2, este cel mai mare organ al corpului uman, precum şi acel organ care ne delimitează şi cu care ne prezentăm în exterior. Prin intermediul pielii, noi stabilim un contact fizic cu mediul exterior, iar stimulii senzoriali sunt transmişi cu ajutorul sistemului nervos de la suprafaţa pielii până la creier. Starea în care se găseşte pielea ne determină aspectul şi

experienţa şi, prin urmare, încrederea în propria persoană. Modul în care este vascularizată pielea, precum şi activitatea glandelor sudoripare constituie indicii ale stării noastre emoţionale, fie că ne dorim sau nu acest lucru.

Pe scurt, pielea îndeplineşte, pe lângă alte funcţii, şi numeroase atribuţii care ţin de reglarea relaţiei pe care persoana o are cu mediul înconjurător:

• Pielea, ca organ de frontieră între propria persoană şi mediul înconjurător, ne protejează corpul de factorii de influenţă din mediu (temperatură, fluctuaţii de umiditate, raze UV, poluanţi, acte de violenţă, fungi, bacterii, paraziţi). în caz de boală, pielea poate fi agresată din interior (inflamaţii, erupţii, abcese) sau din exterior (leziuni, operaţii).

• Pielea, ca organ de contact cu mediul înconjurător, face posibilă comunicarea cu alte persoane prin intermediul contactului corporal. La copil, pielea are o mare însemnătate în dezvoltarea emoţională, socială şi fizică. în cazul tinerilor şi al adulţilor, pielea permite realizarea acelei apropieri care constituie baza pentru o bună relaţie de cuplu.

• Pielea, ca organ de simţ, permite percepţia senzaţiilor tactile, de frig, de căldură, de usturime, de durere, de gâdilare precum şi senzaţiile şi atingerile sexuale. în acest sens, pielea este sursa unor plăceri senzuale, însă reprezintă şi un teren al unor suferinţe.

• Pielea, ca organ care impresionează privitorul, îndeplineşte o funcţie estetică atunci când aceasta este percepută ca fiind frumoasă, curată, urâtă, măslinie sau palidă. Machiajul, vizita la cosmetică şi poate chiar la chirurgul estetician sunt menite să ne sporească impactul asupra altor persoane. Cicatricile rămase ca urmare a unui accident, a unei operaţii sau a unei boli de piele grave pot, în funcţie de poziţie şi de aspect, să lase urme nu numai pe piele, ci şi în suflet; ele pot influenţa semnificativ stima de sine şi atractivitatea în mediul social.

• Funcţia pielii de exprimare a charismei erotice şi sexuale devine vizibilă prin intermediul inelelor, al obiectelor de podoabă sau al anumitor desene pe piele precum sunt tatuajele.

• Pielea, ca organ de exprimare, oglindeşte senzaţiile şi trăirile interioare. Reacţiile emoţionale devin vizibile pentru toţi cei din jur prin intermediul pielii. Acest lucru se poate observa atunci când se petrec modificări la nivelul pielii precum roşeaţa, paloarea, pielea de găină, transpiraţia de emoţie,

mâinile reci sau umede, „ridicarea părului în cap”.

Prin intermediul unui dispozitiv de biofeedback, devine posibilă măsurarea conductivităţii electrice a pielii. Conductanţa electrică a pielii reprezintă de câteva decenii măsura activării

psihice. Atunci când minţim, pielea noastră începe să transpire într-un mod imperceptibil, fapt care determină modificarea conductanţei pielii. în cazul cunoscutului detector de minciuni, se doreşte identificarea pe această cale a excitaţiei emoţionale, iar cu ajutorul dispozitivului de biofeedback se măsoară relaxarea emoţională progresivă.

în psihosomatică a existat o preocupare timpurie cu privire la influenţa factorilor externi asupra pielii, precum şi la efectul pe care modificările pielii îl exercită asupra relaţiilor sociale. Aspectul conferă prestigiu: o piele fără cusur ocupă o poziţie de vârf în clasamentul cerinţelor sociale referitoare la frumuseţe. Conform diverselor slogane publicitare, un aspect exterior perfect pare să constituie garanţia unui eu stabil şi să asigure un înalt prestigiu social. Produsele cosmetice scumpe şi îngrijirea intensivă sunt menite să crească stima de sine, ca urmare a efectului produs asupra altora. Pe de altă parte, bolile de piele pot determina scăderea stimei de sine şi probleme în contactele sociale. Este cert faptul că imaginea pe care o avem asupra corpului şi asupra pielii se află în strânsă legătură şi că noi le apărem celorlalţi exact aşa cum ne manifestăm prin intermediul pielii.

Conexiunile strânse dintre piele şi psihic se pot observa şi în cadrul anumitor expresii. Avem obrazul subţire sau obrazul gros sau avem pielea tăbăcită, ne înroşim de ruşine, jenă sau furie, de frică devenim foarte palizi sau ne îngălbenim de invidie. Adesea nu ne simţim bine în propria piele, dar nu o putem schimba, şi uneori nu ne-am dori să fim în propria noastră piele. Alteori cineva ne intră pe sub piele, trăim

ceva pe pielea noastră, ne punem pielea la bătaie pentru o anumită chestiune, abia scăpăm cu obrazul curat, ne salvăm propria piele, ne punem pielea la saramură, ne vindem scump pielea. Putem să ne aflăm în cursul unui proces în care părţile se „jupoaie”. Uneori ceva ne gâdilă sau altceva nici nu ne atinge.

De domeniul pielii ţin şi organele anexe (părul, unghiile, glandele sudoripare şi sebacee) în legătură cu care există de asemenea numeroase expresii. în anumite ocazii, de frică avem sudoare pe frunte, transpirăm de stres şi efort, avem sudoare rece pe piele, ni se face pielea găinii. Ceva ne face să ni se ridice părul pe cap sau ceva ni se pare tras de păr. Uneori părul ni se zbârleşte de groază sau altceva ne scoate peri albi. Adesea ne păruim sau în alte dăţi nu dorim să atingem altcuiva

nici măcar un fir de păr.

Bolile de piele sunt extrem de răspândite, continuând să fie din ce în ce mai răspândite. în ultimele decenii, anumite boli de piele aproape că au devenit boli naţionale. în special în cazul copiilor, bolile de piele şi alergiile apar din ce în ce mai frecvent. Bolile de piele cronice reprezintă mai mult de jumătate din totalitatea bolilor profesionale, determinând stări considerabile de suferinţă psihică şi implicând costuri economice substanţiale. 25 până la 30% dintre pacienţii cu boli de piele prezintă concomitent şi probleme psihice.

în cazul afecţiunilor psihice, în special al depresiei, schizofreniei şi al alcoolismului, apar adesea boli de piele. în cazul depresiilor, cele mai frecvente simptome care apar sunt următoarele: suprasensibilitatea pielii, senzaţia de arsură pe piele, senzaţia difuză de mâncărime, tonusul redus al ţesutului, pielea uscată, ridată, palidă sau ternă, expresia obosită a feţei, căderea părului, păr uscat, aspru sau lipsit de strălucire. O tulburare de ipohondrie se manifestă sub forma anumitor frici în legătură cu dezvoltarea unor boli de piele, mai precis sub forma fricii de a dezvolta cancer de piele sau alergii cutanate, care ar putea fi declanşate de anumite alimente sau substanţe chimice. Teama patologică de a deveni diform (dismorfofobia) se poate afla în legătură cu pielea şi se poate manifesta sub forma îngrijorării exagerate faţă de riduri, pete, vase de sânge translucide, cicatrici, ten palid sau înroşit, pilozitate excesivă sau căderea părului. Persoanele afectate se percep drept urâte, se retrag din societate şi dezvoltă un comportament pronunţat de evitare. Adesea porţiunile de piele presupuse a fi diforme sunt ascunse cu meticulozitate prin intermediul vestimentaţiei sau sunt acoperite în exces prin intermediul machiajului. Cel mai adesea, singura posibilitate de a obţine o schimbare satisfăcătoare o constituie adoptarea unor măsuri de chirurgie estetică.

Tabelul 9: Probleme de piele relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE ROŞEAŢA

înroşirea pielii de pe faţă, gât sau partea superioară a corpului, în situaţii foarte stresante, reprezintă un simptom de care cei în cauză se tem şi care adesea se transformă în teamă faţă de înroşire (eritrofobie). Simptomatologia apare mai ales în cazul fobiei sociale, atunci când persoanele afectate se tem de evaluarea negativă din partea celorlalţi.

TRANSPIRAŢIA

Transpiraţia în exces apare îndeosebi în zona axilelor, a mâinilor şi a picioarelor; persoanele afectate se tem de apariţia petelor vizibile de transpiraţie. Acestea adesea sunt nesigure de ele însele, temătoare şi inhibate, iar în situaţiile sociale reacţionează în mod incontrolabil prin transpiraţie. Tulburările de anxietate socială nu numai că reprezintă cauza principală, ci şi o consecinţă frecventă a transpiraţiei excesive. în situaţiile de efort fizic, transpiraţia are rolul de a regla temperatura corpului supraîncălzit, întrucât apare senzaţia de răcorire, prin intermediul condensului care se produce la nivelul pielii.

în situaţiile de frică sau de solicitare psihică apare acelaşi tipar de reacţie.

Măsurile chirurgicale (ablaţia fibrelor nervoase ale sistemului nervos simpatic, care sunt responsabile de producerea transpiraţiei) reprezintă cu siguranţă un mijloc nepotrivit în cazul transpiraţiei cu cauze emoţionale, întrucât efectul adesea nu este unul de durată; în plus, este de avut în vedere faptul că, în compensaţie, poate apărea transpiraţia abundentă la nivelul altor zone ale corpului. îndeosebi însă, trebuie luat în considerare faptul că, în lipsa psihoterapiei, anxietatea care stă la baza transpiraţiei se menţine.

MÂNCĂRIMEA SOMATOFORMĂ A PIELII (PRURITUL PSIHOGEN)

Mâncărimea somatoformă şi disconfortul permanent pe piele, de natură neorganică (în special senzaţia de arsură sau de durere) sunt considerate tulburări funcţionale autonome somatoforme ale pielii, atunci când nu pot fi (suficient) explicate prin intermediul unor cauze organice. Persoanele care suferă de prurit psihogen adesea trăiesc o mare tensiune interioară şi manifestă în consecinţă crize bruşte de prurit; prin urmare, acestea sunt preocupate în permanenţă de mâncărime sau de starea pielii, îndeosebi atunci când se găsesc în repaus şi au timp să se autoobserve. Pruritul care nu are cauze organice de obicei se intensifică şi apare mai frecvent atunci când atenţia se concentrează în acest sens, când există

sentimentul subiectiv de pierdere a controlului, în cazul solicitării psihice şi a dispoziţiei depresive. Senzaţia de mâncărime care se asociază cu nevoia de a se scărpina reprezintă un simptom principal în cazul a numeroase afecţiuni dermatologice.

Numeroase persoane acuză şi senzaţia de arsură sau alte tipuri de disconfort la nivelul pielii şi prezintă concomitent simptomatologie depresivă.

ANESTEZIA SI PIERDEREA SENZORIALĂ DISOCIATIVA

Anumite tipuri de disconfort de natură neorganică de la nivelul pielii (lipsa sensibilităţii, în sensul senzaţiei de amorţeală şi a lipsei de percepţie a durerii sau a suprasensibilităţii, în sensul senzaţiei de intensificare a durerii) sunt denumite tulburări disociative şi menţionate în cadrul tulburărilor de anestezie şi pierdere senzorială disociativă. în cazul persoanelor afectate, reflexele se declanşează în mod normal în zone ale pielii aparent insensibile. Lipsa percepţiei

durerii la nivelul pielii poate fi extrem de spectaculoasă, iar în Evul Mediu aceasta reprezenta dovada clară de a fi încheiat un pact cu diavolul.

TULBURĂRILE ORGANICE NEURODERMATITA

Neurodermatita reprezintă cea mai frecventă boală de piele: 10% din populaţie suferă de această boală, iar în copilărie chiar 20% pe fiecare cohortă de naştere. Circa 60% dintre pacienţi se îmbolnăvesc deja din primul an de viaţă, iar 85% până în al cincilea an de viaţă. Probabilitatea de a se îmbolnăvi este de 60% în cazul în care un singur părinte prezintă simptomatologie alergică şi de 80% în cazul în care ambii părinţi sunt afectaţi de acest gen de simptome.

Prin neurodermatită se înţelege o inflamaţie a pielii, adesea cronică sau a cărei evoluţie prezintă recidive, însoţită de senzaţia puternică de mâncărime pe suprafeţele flexoare ale braţelor şi picioarelor, precum şi pe gât şi mâini. în faza de debut, boala se manifestă prin înroşirea anumitor porţiuni ale feţei, care ulterior supurează, iar atunci când se usucă încep să se acopere de coji (cruste de lapte). Cu timpul, simptomele se extind la nivelul braţelor şi picioarelor.

în cazul în care nu se produce o vindecare spontană, care apare relativ frecvent după câţiva ani, simptomele se manifestă adesea până în perioada pubertăţii, iar în multe cazuri chiar până într-o etapă avansată de maturitate. Din ce în ce mai frecvent, boala debutează în cazul persoanelor mai în vârstă şi se asociază adesea cu febra fânului sau astm.

Mâncărimea foarte puternică, cea care determină pruritul, trece drept simptom cardinal şi cauză centrală a consecinţelor ulterioare ale bolii. Inflamaţiile cronice şi pruritul puternic conduc la o îngroşare şi înăsprire a pielii şi favorizează apariţia infecţiilor.

Cauzele organice ale neurodermatitei sunt în mare măsură necunoscute, chiar dacă dereglările imunologice şi formele reacţiilor alergice pot fi descrise în detaliu. Factorii alergici constituie factorii declanşatori principali, în special contactul cu praful de casă, anumite alimente sau alte substanţe asemănătoare. Ca şi în cazul astmului, există şi o formă de neurodermatită în cazul căreia factorii declanşatori externi nu au niciun rol, boala fiind declanşată de anumiţi factori în interiorul organismului. Factorii psihosociali ocupă un rol important în declanşarea bolii la circa 30 până la 40% dintre cazuri, având în mod special o influenţă asupra senzaţiei de mâncărime şi a pruritului.

PSORIAZISUL

Psoriazisul (din grecescul *psora* = descuamare, scabie) constituie, după

neurodermatită, a doua cea mai frecventă boală de piele (apare la circa 2% din populaţie). în general aceasta este considerată o tulburare de cheratinizare determinată genetic, care apare la mai mulţi membri ai unei familii; cel mai adesea, aceasta debutează de foarte timpuriu şi are o evoluţie cronică. Celulele cornoase cresc mai rapid, respectiv mai numeroase, fie pentru că la nivelul pielii s-a produs o modificare imunologică datorată unorstimuli chimici, fie ca urmare a desfăşurării unor procese interne cum sunt infecţiile. Caracteristice sunt focarele inflamatorii nedureroase şi bine conturate care apar pe braţe, picioare, trunchi şi în zone ale capului acoperite de păr, care sunt acoperite de coji alb-argintii.

ACNEEA

Din când în când majoritatea tinerilor sunt afectaţi de acnee; din totalul populaţiei cu vârste cuprinse între 25 şi 44 de ani, 12% dintre femei şi 3% dintre bărbaţi suferă de acnee. Aceasta constă în inflamaţia, respectiv modificarea patologică a glandelor sebacee, care se

caracterizează prin obstrucţionarea secreţiei de sebuum (înfundarea duetului excretor al glandelor sebacee) şi, totodată, prin producţia sporită a acestuia.

Acneea prezintă o componentă genetică şi nu se manifestă înainte de vârsta pubertăţii, când glandele sebacee ajung la maturitate şi când activitatea acestora este stimulată de hormonii sexuali masculini. Simptomele constau în apariţia unor coşuri, a unor noduli inflamatori şi purulenţi şi, pe alocuri, a unor abcese care se extind cu precădere la nivelul feţei şi a spatelui şi care se vindecă sub forma unor cicatrici. 90% dintre tineri suferă de acnee, din rândul cărora femeile aflate la sfârşitul decadei de douăzeci de ani sunt cele mai afectate, tendinţa acestora de a dezvolta afecţiunea aflându-se în creştere.

DERMATITA DE CONTACT

Dermatita de contact, care apare la circa 1 până la 2% din populaţie, reprezintă o reacţie de hipersensibilitate la metale, bijuterii nepreţioase (de ex., nichel), cosmetice, medicamente sau substanţe chimice. Se manifestă sub forma unor eczeme care supurează, băşici, inflamaţii sau prurit, care apare la nivelul zonelor de contact cu alergenul, îndeosebi pe mâini şi pe faţă. Inflamaţia pielii are o evoluţie cronică şi are ca urmare îngroşarea pielii.

URTICARIA

De urticarie suferă 1 până la 4% din populaţie, iar aceasta se manifestă la 10 până la 15% dintre oameni cel puţin o dată în viaţă. Semnele acesteia sunt: apariţia unor

leziuni însoţite de înroşirea pielii. De fapt, este vorba despre un edem al dermului, deci despre o acumulare de lichid. Leziunile de urticarie provoacă mâncărime sau senzaţia puternică de arsură, îndeosebi la nivelul trunchiului. Datorită faptului că edemul se află la nivelurile mai profunde ale pielii, cel mai adesea se ajunge mai degrabă la frecarea sau descuamarea leziunilor decât la scărpinare. Acesta este şi motivul pentru care, în ciuda senzaţiei puternice de mâncărime, nu vor apărea zgârieturi la nivelul pielii.

HERPESUL

Herpesul simplex labial şi genital reprezintă o infecţie virală în zona bucală sau genitală care se caracterizează prin apariţia unor vezicule care provoacă iniţial mâncărime, iar ulterior devin dureroase şi se umplu cu lichid. Veziculele herpetice reapar apoi la intervale de timp regulate sau neregulate. De la prima senzaţie de mâncărime şi până la vindecare trec 8 până la 10 zile. Transmiterea are loc în mod direct, ca urmare a săruturilor sau a contactului sexual. Majoritatea oamenilor se infectează deja din copilărie. Mai mult de 90% dintre adulţi sunt purtători ai virusului herpetic, iar băşicuţele apar de obicei atunci când corpul, din diverse motive, este supus la stres sever, iar sistemul său imunitar este slăbit.

LICHENUL PLAN

Lichenul plan este o afecţiune infecţioasă cronică, având o evoluţie episodică, ce afectează pielea şi mucoasele şi apare relativ des, în cazul a 1% din populaţie. Caracteristice sunt: numeroase leziuni mici, roşiatice sau brune (papule) care prezintă o reţea albicioasă pe suprafaţă şi care apar la nivelul încheieturii mâinii, în regiunea gambelor, gleznelor şi picioarelor. Modificările de la nivelul pielii sunt însoţite de grade diferite de intensitate a senzaţiei de mâncărime. în

afara pielii, simptomele se pot manifesta şi la nivelul mucoaselor (gură şi zona genitală).

VITILIGO

Vitiligo se manifestă prin pierderea de pigmenţi, mai precis a pigmenţilor produşi de organism. îndeosebi la nivelul mâinilor, al feţei şi al trunchiului se formează pete albe pe piele, existând posibilitatea ca până şi părul de la nivelul zonelor respective de piele să încărunţească. Aspectul „împestriţat” poate avea un impact important în plan psihic.

COLAGENOZELE

Denumirea de „colagenoză” este una generală şi se referă la diferite boli de piele care determină modificări sistematice ale ţesuturilor conjunctive. Cele mai

cunoscute forme sunt lupusul eritematos, care determină modificări caracteristice la nivelul pielii, încheieturilor şi organelor interne, şi sclerodermia, care se manifestă prin apariţia la nivelul vaselor sangvine, al articulaţiilor şi al pielii a unor leziuni cutanate groase sau fibroase, prin unele modificări pigmentare, precum şi unele întăriri tegumentare sau ţesut mort.

BOLILE DE PĂR

în cazul bolilor de păr, în special în cazul căderii de păr difuze sau în forma unor plăci circulare, pe lângă factorii ereditari şi organici, sunt luate în considerare şi aspecte psihosomatice precum cele referitoare la expunerea îndelungată la stres emoţional.

Căderea părului în plăci circulare (alopecia areata), care se manifestă în cazul a 0,3% din populaţie se referă la căderea părului capilar de la nivelul unor zone circulare, bine delimitate şi, parţial, a părului de la nivelul altor zone ale corpului. Căderea părului se produce adesea

concomitent la nivelul mai multor zone ale corpului. Simptomele se pot remite în mod spontan, fiind posibil să reapară ulterior. Boala are legătură cu procesele autoimune din organism, ale căror cauze sunt încă necunoscute, dar poate fi agravată ca urmare a perioadelor lungi de stres.

în general, sunt recunoscute consecinţele psihice şi sociale care apar ca urmare a acestei probleme şi cu care se confruntă mulţi oameni atunci când suferă de căderea prematură a părului sau cu căderea părului care apare ca şi consecinţă a unei boli sau a unui tratament.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Factorii psihologici implicaţi în apariţia bolilor de piele pot fi discutaţi numai în conexiune cu cauzele organice ale acestora. Cauzele organice ale majorităţii bolilor de piele se bazează în principiu pe mecanisme imunologice; acestea, la rândul lor, sunt consecinţa unei predispoziţii ereditare a persoanelor afectate la manifestarea unor reacţii alergice. în cazul anumitor boli de piele infecţioase cronice precum neurodermatita, urticaria şi dermatita de contact sunt prezente reacţii de intoleranţă (alergii), deci o sensibilizare la antigeni care în mod normal nu este dăunătoare organismului.

în cazul a numeroase boli de piele apare următorul cerc vicios: iniţial sunt îndepărtate diferite leziuni tisulare prin procese care în sine sunt de vindecare, dar mecanismele inflamatorii care se activează determină însă ca, în acelaşi timp, să apară şi modificări cronice la nivelul pielii (precum dilatarea şi permeabilitatea crescută a vaselor sangvine, scurgerea de lichid tisular, infiltrarea unor celule inflamatorii). Infecţiile care se declanşează prin transmisia directă au un rol hotărâtor în cazul viruşilor herpes simplex. Mecanismele autoimune provoacă la rândul lor afecţiuni dermatologice, precum alopecia areată şi sclerodermia.

Multe dintre ipotezele elaborate de-a lungul mai multor decenii cu privire la legăturile dintre piele şi psihic pot părea plauzibile la prima vedere, dar nu se dovedesc adevărate în urma verificării ştiinţifice. Cercetările ştiinţifice nu au putut încă stabili clar conexiunea dintre bolile de piele şi factorii psihologici, care în literatura de popularizare este presupusă ca fiind de la sine înţeleasă şi care adesea este prezentată ca atare. Anumite trăsături de personalitate precum

anxietatea crescută sau depresivitatea constituie mai degrabă consecinţe decât cauze ale bolilor de piele şi pot influenţa în mod negativ evoluţia bolii. Nu putem vorbi nici despre anumite trăsături de personalitate specifice şi nici despre anumite structuri familiale care ar determina apariţia bolilor de piele.

Senzaţia de mâncărime constituie totuşi un factor-cheie care favorizează boala, întrucât întreţine o neurodermatită sau anumite alte boli de piele în care apare pruritul simptomatic. Deoarece în cazul persoanelor afectate apare scărpinatul, acesta are ca efect diminuarea pe termen scurt a mâncărimii. în acelaşi timp însă, din cauza leziunilor care apar la nivelul pielii, are loc şi o scădere atât de drastică a pragului de sensibilitate la mâncărime, încât aceasta reapare, fiindu-i aplicat

un „tratament” de scărpinare intensificat – iată un cerc vicios fatal! în urma pruritului apar inflamaţiile, desfigurările şi asprirea pielii care sporesc şansele de a se afla în vizorul social. Pruritul poate apărea nu numai din cauza mâncărimii, ci poate fi determinat şi de situaţii sociale stresante, tensiune mentală, supărare, plictiseală, situaţii de aşteptare şi momente de adormire. Adesea mâncărimea este percepută la trecerea de la o stare de tensiune la una de linişte. Multe persoane care suferă de afecţiuni cutanate se scarpină însă şi în timpul somnului, fără a percepe în mod conştient acest lucru. Pruritul fără mâncărime („scărpinatul de stres”) este expresia unei stări de tensiune emoţională. Factorii declanşatori sunt reprezentaţi de emoţii precum furia, supărarea şi agitaţia.

Aspectele psihosomatice ale tulburărilor dermatologice pot fi privite drept posibile cauze psihologice şi/sau consecinţe ale simptomelor. Factorii psihologici pot declanşa, întreţine şi agrava afecţiunile

cutanate. De o importanţă deosebită sunt evenimentele critice de viaţă, stresul sporit şi factorii stresori cronici corelaţi cu factorii genetici şi constituţionali. în cazul pacienţilor cu neurodermatită, psoriazis, urticarie, infecţii herpetice şi alopecie areată, înainte de declanşarea bolii sau a unui episod al bolii, au fost identificate evenimente stresante, care au determinat schimbarea vieţii acestor pacienţi. în plus, în cazul pacienţilor cu neurodermatită şi urticarie, solicitările cotidiene s-au asociat cu agravarea simptomatologiei la nivel cutanat, îndeosebi cu senzaţia de mâncărime.

Stresul psihic determină o reacţie imunologică intensă. Conform celor mai recente cercetări ştiinţifice, stresul sever şi cronic determină o tulburare a celulelor imune de la nivelul pielii, care apoi eliberează cantităţi sporite de substanţe ce determină inflamaţia. Această tulburare este cauzată pe de-o parte de eliberarea hormonilor de stres în circuitul sangvin, pe de altă parte de eliberarea de substanţe inflamatorii de la nivelul terminaţiilor nervoase ale pielii. în cazul afecţiunilor cutanate infecţioase cronice, stresul determină, prin intermediul anumitor mecanisme, dereglarea sistemului imunitar al pielii, în special a mastocitelor. Practic, în cazul tuturor afecţiunilor dermatologice, indiferent de cauzele acestora, este valabil faptul că acestea se vindecă cu dificultate atunci când există o slăbire a sistemului imunitar ce se datorează stresului.

Factorul stresor diferă de la persoană la persoană şi poate veni din: furie, depresie, presiunea timpului, stres familial sau profesional; acestea pot în egală măsură determina slăbirea sistemului imunitar, sporind şansele de apariţie a

bolilor infecţioase, a herpesului bucal şi a erupţiilor cutanate. Anxietăţile sociale şi deficitele de socializare pot agrava bolile de piele atunci când persoanele afectate nu reuşesc să se impună în relaţia cu alte persoane şi nu reuşesc să refuze îndeplinirea unor sarcini pe care le detestă.

Afecţiunile vizibile ale pielii, mâncărimea permanentă şi pruritul care apare în consecinţă pot avea o influenţă atât de mare asupra stării de bine psihice şi sociale, precum şi asupra aspectului fizic încât generează frică, stimă de sine scăzută, depresie şi retragere socială. Acesta este un cerc vicios, întrucât o depresie severă conferă în plus pielii un aspect palid şi neatrăgător! Bolnavii cu afecţiuni cutanate adesea se simt total neajutoraţi cu privire la evoluţia neprevăzută şi incontrolabilă a bolilor, fapt care le provoacă suferinţă şi îi determină să dezvolte

o atitudine anxioasă şi o permanentă stare de tensiune interioară. Stresul generat de boală poate apoi să agraveze afecţiunea cutanată. Stima de sine negativă şi încrederea în sine scăzută a bolnavilor de piele se reflectă şi în faptul că printre tinerii care suferă de acnee severă, rata şomajului este mai ridicată decât în cazul tinerilor sănătoşi de aceleaşi vârste. Atunci când au coşuri sau erupţii cutanate, mai ales adolescenţii pot deveni extrem de neîncrezători în ei înşişi, ceea ce va avea repercusiuni şi asupra statutului lor social, deoarece în adolescenţă aspectul exterior este mult mai important pentru menţinerea unei stime de sine crescute decât la vârste mai înaintate.

în cazul neurodermatitei, oamenii de ştiinţă au renunţat la modelele explicative exclusiv psihologice ale bolii, însă acestea sunt utilizate în continuare în literatura de popularizare. Cei mai frecvenţi factori psihogeni par să fie evenimentele critice de viaţă, stresul psihosocial şi problemele de cuplu. în cazul copiilor, climatul familial nefavorabil ar putea avea un rol important. Adesea, depresia şi tulburările anxioase apar ca urmare a bolii. Psihanalistul F. Alexander, care consideră neurodermatita ca fiind una dintre tulburările psihosomatice clasice, presupune că în cazul persoanelor afectate este vorba despre o agresivitate reprimată, interpretând pruritul ca pe o expresie a autopedepsirii, respectiv a satisfacerii unor impulsuri masochiste. Explicaţia psihanalitică adesea uzitată cu privire la existenţa unei relaţii disfuncţionale mamă-copil (în special referitoare la respingerea copilului de către mamă) nu este susţinută de către cercetările ştiinţifice actuale şi discriminează multe mame care adesea sunt extrem de solicitate.

în cazurile psoriazisului vulgar (cu plăci), stresul şi suferinţa emoţională

determinate de accidente, războaie, moartea unei persoane apropiate sau frica de examen pot cu adevărat să declanşeze recidive ale bolii. Chiar şi în lipsa factorilor stresori psihosociali, persoanele afectate au parte de un nivel crescut de suferinţă, ca urmare a faptului că pielea are un aspect anormal evident. Un mod ineficient de gestionare a bolii poate agrava apariţia psoriazisului, putând determina declanşarea unor recidive din ce în ce mai frecvente şi având grade sporite de severitate.

în cazul acneei vulgare, stresul şi agresarea permanentă a pielii („extracţia” coşurilor) pot determina o agravare a afecţiunii. Acneea care apare la vârsta pubertăţii, a cărei consecinţă constă în scăderea stimei de sine la adolescenţi, poate determina frecvent anxietatea socială sau reacţiile depresive.

în cazul urticariei, în special în forma ei cronică, factorii psihici care deţin un rol în declanşarea afecţiunii par să fie factorii stresori; în plus, manifestarea îndelungată a simptomelor poate favoriza prezenţa dispoziţiei depresive.

în situaţia dermatitei de contact, adesea sunt prezente tendinţe agresive accentuate, precum şi tulburări depresive sau anxioase.

în cazul herpesului, factorii emoţionali precum stresul sau scârba pot accentua simptomatologia, acest lucru fiind favorizat de un răspuns imun redus.

în cazul lichenului plan au fost descrişi diverşi factori declanşatori psihici, precum şi dificultăţi evidente cu privire la gestionarea în mediul psihosocial a acestei afecţiuni. Stresul psihic poate determina declanşarea unei recidive.

în situaţia unei treimi din cazurile de vitiligo, stresul constituie factorul declanşator.

Colagenozele – precum sclerodermia şi lupusul eritematos – pot, în anumite cazuri, să fie influenţate de evenimente critice de viaţă şi determină adesea pierderea speranţei, declanşarea depresiei, a unor simptome accentuate de durere şi, în funcţie de gradul de severitate al bolii, deprecierea evidentă a nivelului de calitate a vieţii.

ASPECTE TERAPEUTICE

în tratamentul psihologic şi psihoterapeutic al persoanelor care suferă de boli de piele, este important ca, în primul rând, să fie identificate emoţiile, comportamentele, evenimentele şi contextul de viaţă care contribuie la declanşarea, agravarea sau ameliorarea bolii de piele. în următoarele etape ale terapiei, există diferite moduri de abordare care însă nu sunt utilizate numai în cazul bolilor de piele: psihoeducaţie (educarea pacienţilor prin transmiterea de informaţii referitoare la boală

şi la tratamentul acesteia), tehnici de gestionare a stresului, tehnici de relaxare (training autogen, relaxare musculară progresivă, tehnici de respiraţie), tehnici de biofeedback, exerciţii de imagerie (vizualizarea unor imagini mentale ale procesului de vindecare), hipnoză, modificarea tiparelor cognitive, tehnici de gestionare a problemelor, precum şi intervenţii de cuplu şi de familie. Prin intermediul tehnicilor de relaxare şi deprinderea unor noi convingeri, persoanele afectate învaţă să îşi reducă stările de tensiune, să-şi sporească stima de sine, să-şi accepte corpul şi să renunţe la a-şi fixa atenţia în mod exagerat şi exclusiv asupra stării pielii. Deficitele sociale pot fi reduse prin intermediul jocurilor de rol şi prin educarea competenţelor sociale.

în general, în situaţia afecţiunilor cutanate se recomandă o atitudine rezervată cu privire la posibilităţile terapeutice, întrucât aceste boli adesea au o evoluţie cronică, sunt incurabile şi determinate de factori multipli. De obicei este vorba „doar” despre ameliorarea disconfortului, prevenirea unei agravări, sporirea stimei de sine şi evitarea sau reducerea reacţiilor anxioase şi depresive. Dacă în trecut singurul scop al terapiei îl constituia elucidarea posibililor factori psihologici declanşatori, în prezent preocuparea principală o reprezintă gestionarea mai eficientă a bolii. Aşadar, accentul psihologic s-a deplasat mai mult dinspre aspectele psihosomatice

asupra celor somatopsihice pentru a ameliora astfel calitatea vieţii persoanelor afectate. Nici intervenţiile medicale şi nici cele psihoterapeutice nu pot determina vindecarea completă a bolii, însă acestea pot contribui la o amelioare semnificativă a acesteia.

în plus, în terapia cazurilor de neurodermatită, înainte de a investiga care sunt factorii stresori de natură psihologică şi modalităţile mai eficiente de gestionare ale acestora, de o importanţă deosebită este stoparea prin intermediul unor strategii adecvate a unor comportamente agravante precum scărpinatul, frecatul sau a altor moduri de intervenţie asupra pielii.

CÂND FEMEILE SUFERĂ DE PROBLEME SPECIFICE

Femeia este – ca şi bărbatul – o fiinţă înrădăcinată în natură; dar este, mai mult decât bărbatul, aservită speciei.

SIMONE DE BEAUVOIR *(Al doilea sex)*

DISCONFORTUL ABDOMINAL CRONIC – AMELIORARE APROAPE INSESIZABILĂ ÎN URMA OPERAŢIEI

Doamna Weber are 35 de ani, este măritată, are doi copii şi este angajată cu normă întreagă ca graficiană într-o agenţie de publicitate. De cinci ani, ea suferă de disconfort abdominal cronic. Durerile sunt atât de puternice, încât ea îşi doreşte neapărat ca uterul să-i fie îndepărtat, deşi medicii, în urma a două operaţii laparoscopice, nu au putut stabili nicio cauză organică. Ea este ferm convinsă de faptul că toate problemele ei s-ar putea rezolva în urma unei operaţii şi respinge recomandarea de a urma o psihoterapie, deoarece pretinde că nu este nebună. în realitate însă, doamna Weber are nenumărate probleme de natură psihosocială: un loc de muncă stresant, care o solicită la maximum; un bărbat care de şapte ani abuzează în mod considerabil de alcool şi care, din când în când, o şi bate; o mamă care în urma decesului tatălui, care a survenit cu cinci ani în urmă, îşi doreşte ca ele să petreacă frecvent timp împreună; o fată care are

probleme şcolare şi are legături cu un anturaj în care se consumă droguri.

„NU FI ATÂT DE ISTERICĂ”: PROBLEMELE SPECIFIC FEMININE ŞI PSIHICUL

în trecut, numeroase probleme specific feminine erau catalogate drept „isterice”, continuând uneori şi în prezent să fie considerate astfel, ba chiar calificate drept „închipuite”. în prezent, din schema actuală de diagnostic a fost exclusă denumirea de „isterie”, întrucât aceasta a căpătat valenţe de desconsiderare a femeilor din partea bărbaţilor. Acest „diagnostic” are un fundal istoric specific.

„Isteria” face referire la cuvântul grecesc *hystera* = uter, aceasta fiind în trecut considerată o boală exclusiv feminină. Vechii greci şi romani vorbeau despre existenţa unui uter „uscat”, adică a unui uter care migrează prin propriul corp şi care, dacă nu are parte de „umezeală” (prin sarcină), poate cauza anumite anomalii fizice şi psihice feminine. Pornind de la cuvântul de provenienţă greacă *hystera,* Sigmund Freud a denumit o întreagă grupă de tulburări neorganice drept „isterie” sau

„nevroză isterică”, considerând că singura cauză a acestora o constituie conflictele psihice de natură sexuală.

Interacţiunile dintre corp, psihic şi contextul de viaţă social, cultural şi economic continuă să se manifeste în mod specific în cazul femeilor din prezent ca şi în al celor din trecut. Sănătatea feminină este în principal şi în mare măsură determinată de modul normal sau dereglat în care se desfăşoară procese fiziologice precum pubertatea, ciclul menstrual, sarcina, naşterea, perioada postpartum şi menopauza. Tulburările de dispoziţie trecătoare, cum sunt cele specifice celor câteva zile dinainte de menstruaţie sau din perioada de instalare a menopauzei, nu constituie stări patologice, ci normale, fiind necesare îngrijiri numai atunci când în mod subiectiv este perceput un grad înalt de suferinţă care are drept consecinţă

reducerea activităţilor sau afectarea capacităţii de funcţionare socială şi profesională.

Pe lângă particularităţile fizice şi biologice, mecanismele de control hormonal ale corpului feminin şi modificările determinate pe această cale în ciclul de viaţă feminin, există anumiţi factori legaţi de viaţa de cuplu, familială şi socială care pot favoriza apariţia unor afecţiuni. Solicitările multiple legate de menaj, creşterea copiilor şi în acelaşi timp desfăşurarea activităţii profesionale constituie un factor de risc considerabil pentru instalarea unei stări temporare de epuizare psihică şi fizică sau pentru instalarea unei tulburări psihiatrice sau psihosomatice de durată – în special atunci când nu există sprijinul partenerului de viaţă şi când există o situaţie nesatisfăcătoare la locul de muncă sau un grad înalt de perfecţionism („Trebuie să fiu peste tot perfectă – ca soţie, mamă şi profesionistă”). Desigur că atunci când dificila armonizare a vieţii profesionale cu viaţa de familie decurge bine şi este lipsită de stres, acest lucru are un efect pozitiv asupra sănătăţii şi stimei de sine a femeii.

Este esenţial să fie subliniat faptul că, pe viitor, la investigarea stării de sănătate a populaţiei adulte va fi necesar să fie abordate într-o manieră exhaustivă aspecte specifice de gen. Comparativ cu bărbaţii, femeile se plâng mult mai des de tulburări psihosomatice precum ameţeala, cefaleea sau tulburările gastrointestinale, dezvoltă de două până la trei ori mai frecvent tulburări psihice precum tulburările anxioase şi depresive, iar în privinţa tulburărilor alimentare ele deţin un procentaj de 95%. Atunci când au disconfort fizic sau psihic, femeile consultă mult mai repede şi mai frecvent un medic, iau de două ori mai frecvent medicamente psihotrope cum sunt calmantele, somniferele, antidepresivele şi analgezicele (iar

numărul femeilor, în fiecare grup de consumatoare în parte, creşte odată cu înaintarea în vârstă), se află mai des în concedii medicale, se duc mult mai frecvent la psihoterapie şi urmează în număr mai mare un tratament staţionar psihiatric sau psihosomatic.

Cele două sexe se deosebesc şi în privinţa convingerilor referitoare la starea de sănătate şi boală: femeile au mai degrabă o înţelegere

unitară asupra stării de sănătate, în care accentul cade pe întregul lor context de viaţă atunci când stabilesc conexiunea între propria stare fizică şi starea de bine; pe de altă parte, bărbaţii definesc sănătatea prin absenţa bolii şi prin capacitatea de a fi activi. Din pricina înţelegerii lor unitare asupra bolilor, femeile vorbesc mult mai adesea decât bărbaţii în cabinetele medicilor despre situaţii stresante psihosociale pe fundalul cărora s-au dezvoltat suferinţe cronice, astfel încât acestora li se prescriu mai des medicamente psihotrope decât bărbaţilor care descriu suferinţe similare. Diferenţe specifice fiecărui gen pot fi identificate şi în tipurile de diagnostic medical: simptome şi afecţiuni care în mod obiectiv sunt similare vor fi diagnosticate în cazul femeilor ca fiind mai curând de natură psihosomatică, iar în cazul bărbaţilor, ca fiind mai degrabă de natură organică.

Afecţiunile ginecologice au o mare influenţă asupra calităţii vieţii femeilor. Printre cele mai frecvente probleme de sănătate se numără afecţiunile şi suferinţele benigne ale organelor genitale feminine. Cel mai adesea, femeilor li se recomandă concedii medicale pentru inflamaţii ale ovarelor, trompelor uterine, pelvisului sau pentru dereglări de ciclu menstrual. Fiecare a zecea femeie este afectată de cancer la sân – fiind cunoscute consecinţele dure ale acestei realităţi asupra încrederii de sine a femeii afectate.

Pensionările anticipate pe caz de boală sunt mai frecvente în cazul femeilor (1,2%) decât în cazul bărbaţilor (0,98%). Cu o cotă de 23,7%, tulburările psihice constituie prima cauză pentru pensionările anticipate în rândul femeilor (la bărbaţi cota este de 14%); de abia pe locul al doilea urmează durerile de spate cu 15,8%, în timp ce, în cazul bărbaţilor, acestea se situează pe primul loc cu 17,4%.

Pornind de la exemplul perioadei de menopauză, poate fi pusă în contrast abordarea strict biologică practicată în trecut cu privire la această etapă de viaţă cu viziunea mai nouă asupra ciclului de viaţă feminin, cu accente psihosociale mai pregnante. Perioada de climacteriu începe odată cu menopauza (ultima menstruaţie spontană, după cel puţin un an de amenoree). Concomitent cu modificările hormonale, apar diferite simptome somatice şi psihice: bufeuri, transpiraţie rece, uscăciune vaginală, creşterea apetitului alimentar urmată de creşteri în greutate, cefalee de tip tensional, dificultăţi de respiraţie, incontinenţă urinară de stres, migrene, ameţeli, tulburări de somn, diminuarea încrederii în sine, tulburări de concentrare. Simptomul principal îl constituie bufeurile şi transpiraţia, care apar în cazul a 85% dintre femei. Carenţa de estrogen are ca urmare îngustarea şi uscăciunea vaginului. în timpul acestor modificări corporale, apare adesea lipsa libidoului şi/sau dureri în timpul contactului sexual. Spre deosebire de trecut, când exista o abordare medicală dintr-o perspectivă patologică a menopauzei, în prezent schimbările hormonale sunt privite ca reprezentând o fază naturală în viaţa unei femei. Atunci când există suficiente resurse, această etapă poate fi gestionată cu succes. Sindromul menopauzei poate fi accentuat în mod considerabil atunci când se produc schimbări în mediul social. Asumpţia frecventă cu privire la tendinţa de a dezvolta o depresie cu cauze hormonale în perioada menopauzei („depresie climacterică”) nu este susţinută de cercetările ştiinţifice. Răsturnările care se produc în planul vieţii sociale (mutarea copiilor, pierderea partenerului ca urmare a divorţului sau decesului) sunt cele care favorizează mult mai mult apariţia unei depresii.

Trăirile pozitive şi negative din corpul femeii şi succesiunile de reacţii în plan sexual sunt profund amprentante de experienţele de abuz fizic şi sexual din casa părintească sau din propria familie. 18% dintre femeile cu vârste cuprinse între 16 până la 60 de ani trăiesc abuzuri în familie; fetele sunt de trei ori mai frecvent abuzate sexual decât băieţii. Violenţa sexuală şi fizică determină adesea dezvoltarea unor tulburări psihice şi psihosomatice, fapt care este prea puţin luat în considerare în practica clinică, deşi în prezent există o mai bună cunoaştere în această privinţă.

Idealul unei siluete feminine suple promovat de societate, factorii de educaţie şi conflictele identitare ale multor femei favorizează apariţia tulburărilor alimentare, în special a frecvent întâlnitei bulimii. Circa 40% dintre tinerele fete şi femei cu vârste cuprinse între 14 şi 19 ani se simt prea grase – astfel, literalmente, ele nu se simt bine în propria lor piele!

Dorinţa neîmplinită de a avea un copil sau o sarcină nedorită au şi în prezent un impact negativ asupra multor femei, deşi medicina modernă dispune de multiple posibilităţi. Aproape fiecare al cincilea cuplu prezintă infertilitate; aceasta declanşează adesea simptome somatopsihice considerabile, cum sunt lipsa

libidoului sau dispoziţia depresivă. La femei, infertilitatea care nu are cauze organice poate fi determinată de creşterea nivelului de prolactină ca urmare a stresului sau a unei depresii. Metodele moderne ale medicinei reproductive constituie pe de o parte o binecuvântare, pe de altă parte însă un motiv de stres psihologic pentru ambii parteneri. O „fecundare artificială” eşuată reprezintă o dezamăgire profundă pentru fiecare femeie, a cărei speranţă de a avea un copil părea realizabilă cel puţin pe această cale. în ciuda numeroaselor mijloace contraceptive, continuă şi în prezent să existe riscul sporit pentru o sarcină nedorită. Aceasta devine un motiv de stres în special atunci când tatăl copilului solicită o întrerupere de sarcină împotriva voinţei femeii, ea supunându-se intervenţiei, dar neputând ulterior să gestioneze această situaţie.

Pierderea unui copil, ca urmare a unei întreruperi de sarcină, a unui avort spontan sau a decesului copilului la naştere, e gestionată în mod diferit de femei şi determină, în consecinţă, apariţia unor probleme considerabile: în cazul avorturilor spontane sau a decesului copilului apar reacţii depresive sau frici ulterioare legate de faptul că incidentul neplăcut s-ar putea repeta, iar în cazuj întreruperii de sarcină apar sentimente puternice de vinovăţie. în cazul avortului spontan poate fi vorba şi despre anumiţi factori psihosociali care se constituie drept cauză a acestuia, în special despre diferite forme de stres (în cuplu, în familie, în profesie, în alte situaţii de viaţă), dar şi despre lipsa sprijinului din partea mediului social. Decesul copilului la naştere reprezintă pentru o femeie un motiv deosebit de stres, în special atunci când aceasta nu beneficiază îndeajuns de suport social. în cazul decesului copilului la naştere, femeile aflate în această situaţie reacţionează nu numai cu imensă tristeţe, dar şi cu sentimente de vină şi ruşine, începând a se îndoi cu privire la capacitatea lor de a mai da naştere pe viitor unui copil sănătos şi dezvoltând uneori probleme legate de identitatea lor feminină.

Puterea psihicului asupra corpului femeii se poate observa în două fenomene uimitoare care ţin de sarcină.

Fenomenul rar întâlnit al sarcinii false se referă la o stare de graviditate imaginară, care apare atunci când dorinţa de a avea un copil nu este îndeplinită şi care are aceleaşi semnalmente ca o sarcină reală: amenoree, creştere în greutate, pofte culinare neobişnuite, stare de greaţă dimineaţa, creşterea dimensiunii abdomenului (chiar dacă aceasta este din cauza balonării, peretelui abdominal lăsat sau a altor factori), creşterea dimensiunii sânilor cu prezenţa lactaţiei, ba chiar contracţii şi

aparente mişcări ale fătului. Fundalul psihologic este de înţeles: există fie o dorinţă foarte puternică de a avea copii – în special în cazul femeilor mai în vârstă –, fie este vorba despre procesarea plină de vinovăţie a unui avort, sperând ca, prin intermediul unei noi sarcini, să se obţină o îndreptare a situaţiei. Nu sunt rare cazurile în care anumite condiţii psihice şi sociale intensifică dorinţa de a avea un copil.

Termenul de sarcină „refulată”se referă la situaţia extrem de rar întâlnită în care o femeie nici măcar nu percepe faptul că este însărcinată, iar într-un caz extrem devine conştientă de existenţa sarcinii de-abia cu ocazia naşterii. în majoritatea cazurilor, aceste femei ajung în această situaţie datorită resemnificării simptomelor caracteristice sarcinii (de ex., confundă sarcina cu o tulburare funcţională gastrointestinală ca, de exemplu, balonarea) sau datorită prezenţei unei menstruaţii false, semn interpretat drept dovadă a absenţei unei sarcini. în cazul unor mame foarte tinere, adesea a fost identificată convingerea că nu pot rămâne însărcinate la această vârstă tânără.

Nu sunt rare cazurile în care aceste acuze specific feminine apar asociate cu diferite tulburări psihice, în special cu depresiile, manifestându-se următoarele simptome caracteristice: lipsa libidoului, frigiditatea, secreţiile vaginale, uscăciunea mucoasei vaginale, durerile la contactul sexual, disconfortul în zona genitală, durerile menstruale şi chiar dispariţia menstruaţiei.

Tabelul 10: Afecţiuni ginecologice relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE MÂNCĂRIMILE GENITALE

Mâncărimile genitale fără cauze organice apar la circa 15% dintre femei. Din cauza scărpinatului se ajunge adesea la durere, însoţită de senzaţia de arsură, care apare mai ales după micţiune, contactul sexual sau introducerea de tampoane în vagin. Simptomele de mâncărime şi de durere pot afecta în mod negativ viaţa sexuală. Uneori apar şi dureri cronice în zona organelor genitale externe (senzaţii de arsură, de usturime, de sfâşiere, senzaţia de durere). Aceste simptome au legătură exclusiv cu tensiunea emoţională.

SECREŢIILE VAGINALE

Secreţiile vaginale constau în prezenţa în exces a unor produse lichide al căror colorit, consistenţă şi miros diferă. Atunci când factorii organici se exclud, este vorba despre secreţii psihogene care de obicei apar datorită activării sistemului nervos simpatic ca urmare a stresului.

DURERI PELVINE CRONICE LA FEMEI

Fiecare a zecea pacientă care se prezintă în cabinetele medicale ginecologice germane este diagnosticată cu o astfel de afecţiune. De dureri pelvine cronice suferă în principal femeile cu vârste cuprinse între 20 şi 40 de ani, deci femei aflate la vârsta reproductivă. Semnele distinctive ale acestor afecţiuni sunt reprezentate de durerile la nivel genital şi pelvin care depind de perioada ciclului menstrual şi nu pot fi (suficient) explicate prin intermediul cauzelor organice. Durerile pelvine acute sunt însoţite de leziuni ale ţesutului, acest lucru însemnând că aceste afecţiuni au un caracter organic.

Durerile pelvine cronice care nu au cauze organice durează cel puţin şase luni, apar brusc sau sunt percepute în mod continuu la intensităţi diferite, au ca simptom cardinal durerile care se manifestă la nivel genital sau lombar care sunt presante, iradiază la nivelul altor zone sau se manifestă sub forma unor crize. De regulă, acestea se manifestă însă sub forma unor dureri relativ difuze care nu au o localizare precisă (aceasta însemnând că nu există un punct central al durerii) şi cuprind întreaga porţiune inferioară a pelvisului sau numai zona ovarelor şi a trompelor uterine. Uneori acestea iradiază până la nivelul extremităţilor şi se asociază cu simptome precum dureri de spate, dureri de cap, ameţeli, fluctuaţii şi tulburări ale circulaţiei sangvine (mâini şi picioare reci), secreţii, diaree, constipaţie, intestin iritabil, urinare dificilă sau dureroasă, dureri în proximitatea cicatricilor unor

operaţii, modificări ale glandelor mamare, tulburări sexuale precum lipsa libidoului şi lipsa lubrifierii genitale. Oboseala, precum şi alte simptome psihovegetative adesea se pot pune în legătură cu anumite tulburări psihice îndeosebi cu depresiile, stările anxioase, tulburările de stres posttraumatic şi tulburările hipocondriace.

în lipsa unor alte explicaţii, medicii adesea pun durerile pe seama unor aderenţe care s-au format la nivel abdominal. Femeile cu dureri pelvine cronice nu au însă mai multe aderenţe şi nici nu suferă de probleme mai mari în perioada ciclului menstrual decât alte femei. Cauzele organice care sunt eventual identificate nu explică în totalitate simptomatologia dureroasă. Pe termen scurt, operaţiile pot să producă ameliorări ca urmare a efectului placebo, acestea neînlăturând însă pe termen lung disconfortul.

Cauzele şi conexiunile care se pot stabili în cazul acestor afecţiuni sunt însă în mare măsură necunoscute. Adesea, persoanele afectate au suferit în trecut ca urmare a unor abuzuri fizice sau sexuale. Factorii cronici de stres (suprasolicitările sau experienţele de pierdere) ocupă un rol central şi influenţează starea fizică. Conform celor mai noi dovezi ştiinţifice, există o tulburare la

nivelul sistemului hormonilor de stres, care se caracterizează – contrar aşteptărilor – printr-un nivel scăzut al cortizolului, hormonul legat de stresul cronic.

Conform dovezilor de până în prezent, în cazul durerilor pelvine cronice fără cauze organice ar putea fi vorba despre o boală generată de stres (sindromul de suprasolicitare) ca şi în cazul altor tulburări algice sau tulburări de stres posttraumatic. Majoritatea pacienţilor acuză un grad înalt de suferinţă şi invocă adesea un model organic de explicare a bolii, astfel încât sunt frecvente cazurile în care la început admit cu greu abordările psihologice.

Din următoarele cifre, rezultă importanta semnificaţie psihosomatică a tabloului clinic: în SUA, din rândul a 5 000 de femei, la circa 16% dintre acestea este prezentă această simptomatologie; 10% dintre pacientele din ambulatoriu se prezintă la medicul ginecolog din cauza durerilor pelvine; la până la 40% dintre femeile cu dureri pelvine nu sunt identificate cauze organice; până la 90% dintre pacientele care se supun unei intervenţii chirurgicale laparoscopice nu sunt identificate cauze organice; 20% dintre laparoscopii şi 12% dintre histerectomii au loc ca urmare a durerilor pelvine. Adesea nu numai că se întreprinde în mod inutil o histerectomie, ci are loc şi înlăturarea apendicelui după zicala „Ce nu mai ai nu te mai poate durea”. Conform unui studiu, femeile cu dureri pelvine cronice au fost

operate de cinci ori mai frecvent decât femeile din grupul de control.

AMENOREEA SECUNDARĂ

Prin amenoree secundară se înţelege dispariţia temporară a menstruaţiei, care durează minimum trei luni, în condiţiile în care greutatea corporală este una normală, iar nivelul de stres fizic este unul mediu. Amenoreea secundară apare la 1 până la 2% dintre femei şi se poate datora următoarelor circumstanţe: situaţii extrem de stresante (război, viol, sport de performanţă extrem de solicitant), situaţii conflictuale de natură psihosocială (pierderea securităţii, siguranţei şi căldurii, sentimentul de dezrădăcinare, ambivalenţă cu privire la propria feminitate) şi tulburări psihice grave (îndeosebi tulburări alimentare, depresive şi anxioase). Factorii de stres pot determina o tulburare funcţională a hipotalamusului şi prin intermediul proceselor hormonale să declanşeze o amenoree psihogenă. Mult

mai rar întâlnită amenoree primară (lipsa menstruaţiei până la vârsta de 18 ani) este de natură psihogenă numai în cazul unei minorităţi (de exemplu, în situaţia unei anorexii severe) şi constituie un indiciu al unei dezvoltări psihosexuale disfuncţionale.

DISMENOREEA

Dismenoreea se referă la menstruaţia extrem de dureroasă însoţită de crampe, dureri care iradiază la nivelul abdomenului inferior şi care se asociază cu cefalee, greţuri, dureri de spate şi irascibilitate. Durerile se instalează de regulă cu câteva ore înainte de declanşarea menstruaţiei, ulterior se intensifică reducându-se apoi în decursul următoarelor două până la trei zile. Dismenoreea se declanşează în perioada de tinereţe sau de maturitate timpurie şi poate fi adesea pusă în conexiune cu debutul sau insuficienţa funcţiei ovariene. Modificarea pragului de percepţie a durerii care are cauze hormonale poate avea, de asemenea, un rol important. Simptomele pot fi influenţate în mod nefavorabil ca urmare a conflictelor psihice (probleme emoţionale, probleme de asumare a rolului de tânără femeie, depresivitate şi anxietate uşoară) şi a factorilor de stres psihosocial. Prin intermediul hipofizei, care reprezintă principalul centru de control hormonal al organismului, stresul sever şi tensiunea psihică pot determina perturbarea întregului circuit de reglaj hormonal al ciclului menstrual feminin.

VĂRSĂTURILE DIN PERIOADA SARCINII

Vărsăturile din perioada sarcinii apar la 50% până la 70% dintre femei în primul trimestru de sarcină, iar în cazuri severe se asociază cu pierderi în greutate, deshidratare şi dezechilibru electrolitic. în cazul anumitor femei, simptomatologia se

poate agrava din cauza unor probleme de natură psihică sau psihosocială, în special din pricina stresului.

TULBURĂRILE ORGANICE

HEMORAGIILE SI TULBURĂRILE DE CICLU MENSTRUAL

în cazul hemoragiilor şi al tulburărilor de ciclu menstrual interacţiunea complexă dintre sistemul nervos central, hipotalamus, hipofiză şi ovare este profund disfuncţională. în plus, pot contribui şi factori psihosociali precum stresul, epuizarea sau dispoziţia depresivă.

SINDROMUL PREMENSTRUAL

Sindromul premenstrual apare la 30 până la 40% dintre femei, însă numai 2 până la 10% dintre acestea suferă de disconfort sever. Această tulburare, în cazul căreia nu apar modificări endocrinologice, dar pot fi dovedite componente genetice, se referă la numeroase probleme fizice şi psihice care apar cu două până la zece zile înainte de menstruaţie: senzaţia dureroasă de tensiune la nivelul sânilor, crampele abdominale, starea de rău, balonarea, sentimentul de stomac prea plin, tendinţa accentuată de a dezvolta edeme din cauza retenţiei de apă, creşterea în greutate, apetitul crescut, durerile de cap, durerile lombare şi de spate, ameţeala, tulburările de somn, fluctuaţiile de dispoziţie, crizele de plâns, depresia, agresivitatea şi frica. în ciuda binecunoscutelor concepţii de sorginte psihanalitică (în viziunea cărora cauza ar fi probleme de natură sexuală sau de asumare a rolului de femeie), nu a putut fi dovedită existenţa unor factori declanşatori psihologici. în schimb, se manifestă adesea consecinţe psihosociale precum problemele de cuplu sau restrângerea activităţilor sociale.

TRAVALIUL ŞI NAŞTEREA PREMATURĂ

Un travaliu şi o naştere care apar prematur pot avea legătură cu factori psihosociali precum stresul de la locul de muncă sau din cadrul familiei, dar în special cu problemele de cuplu, îndeosebi atunci când strategia de gestionare a acestor probleme a constat în faptul că femeia a fumat mai mult. Există anumite dovezi ştiinţifice care atestă existenţa unor conexiuni dintre naşterea prematură şi situaţia de viaţă curentă, respectiv modul de gestionare a stresului.

TULBURĂRILE LEGATE DE PERIOADA DE LĂUZIE

în perioada de lăuzie (primele şase săptămâni după naştere) apare chiar şi în cazul femeilor sănătoase din punct de vedere psihic o stare de epuizare fizică şi psihică, ale cărei caracteristici sunt: labilitatea emoţională, crizele de plâns, senzaţia generală de slăbiciune şi epuizare fizică. Dacă prezintă această predispoziţie, anumite femei pot dezvolta o depresie postpartum.

OPERAŢIILE GINECOLOGICE

Aspectele psihosomatice („somatopsihice”) sunt importante şi în cazul operaţiilor ginecologice – în special în situaţia unui diagnostic de cancer. De regulă, extirparea unor organe importante, care au o încărcătură simbolică, aşa cum sunt sânii, uterul sau ovarele, precum şi existenţa unei operaţii la nivel genital sunt urmate de importante probleme psihice şi psihosociale. Stima de sine, identitatea feminină şi atractivitatea sunt profund afectate, iar cuplul şi sexualitatea au şi

ele în mod frecvent de suferit. Acesta este motivul pentru care histerectomia trebuie să se producă numai ca urmare a unei indicaţii medicale foarte clare.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Problemele psihice şi sociale se pot constitui drept cauze sau consecinţe ale multor afecţiuni feminine. Sarcinile numeroase ale femeii, care sunt determinate de contextul social cum sunt profesia, gospodăria, creşterea şi educarea copiilor şi îngrijirea rudelor bolnave sau a celor care necesită îngrijire determină adesea probleme în exercitarea acestor roluri şi reacţii de suprasolicitare. Acestea îşi găsesc expresia prin intermediul a numeroase afecţiuni psihice şi psihovegetative, îndeosebi atunci când femeile nu au obţinut în cursul socializării de gen suficientă încredere în sine şi când au învăţat să se raporteze prea mult în aprecierea de sine la valoarea pe care o aduc celorlalţi. Unele femei ajung adesea în situaţii de suprasolicitare şi din cauza încercării de a obţine în toate domeniile cele mai bune rezultate şi, deşi temporar ele se retrag din profesie pentru creşterea copiilor, de a urma o carieră similară cu cea a bărbaţilor.

Faptul că, în comparaţie cu bărbaţii, în cazul femeilor există o rată mult mai ridicată de tulburări anxioase, depresive şi somatoforme se datorează nu numai vulnerabilităţii biologice şi hormonale sporite a acestora, ci şi unor factori psihici şi sociali. Femeile au reacţii mai acute în faţa problemelor de cuplu şi de familie şi dezvoltă în raport cu acestea mult mai frecvent decât bărbaţii tulburări psihice şi psihosomatice. Din cauza contextului social şi a realităţilor socioculturale, femeile nu au nici în prezent posibilităţi de autorealizare şi de reuşită în plan social similare cu cele ale bărbaţilor.

De asemenea, lipsa conştiinţei propriei valori determină ca o femeie să fie expusă spre a dezvolta diverse tulburări psihice şi psihosomatice. Importanţa exagerată care se atribuie în prezent, în societatea noastră, imaginii exterioare a femeii favorizează, în lipsa siluetei ideale, disconfortul fizic şi determină apariţia unor tulburări alimentare precum bulimia.

STRATEGII TERAPEUTICE

în cadrul psihoterapiei care se adresează femeilor care suferă de afecţiuni ginecologice relevante din punct de vedere psihosomatic se poate observa mai clar ceea ce este valabil pentru întregul domeniu al psihosomaticii: pot fi obţinute succese stabile în tratament atunci când tratamentul nu se concentrează exclusiv asupra simptomelor, ci se orientează către întreaga fiinţă a pacientului şi către contextul psihosocial al acestuia.

în funcţie de fiecare situaţie în parte pot fi formulate diferite obiective centrale ale tratamentului psihoterapeutic: consolidarea stimei de sine feminine, optimizarea percepţiei asupra imaginii corporale, obţinerea unei vieţi sexuale împlinite, revizuirea comportamentului de rol, mai buna diferenţiere faţă de alte persoane, gestionarea unor experienţe traumatizante, optimizarea relaţiei de cuplu, restructurarea şi redistribuirea diverselor sarcini în cadrul familiei, căminului, profesiei, integrarea şi gestionarea unor operaţii necesare din motive de sănătate şi a unor experienţe succesive de pierdere a unor organe feminine. Alte obiective pot fi: acceptarea anumitor modificări corporale şi hormonale care apar ca parte a ciclului de viaţă, gestionarea unor crize emoţionale determinate de perioada de sarcină şi naştere, de hemoragii şi tulburări de ciclu menstrual, de infertilitate, de fecundare artificială, de întreruperi de sarcină, de contracepţie, precum şi de abaterile semnificative de la imaginea ideală promovată de societate cu privire la aspectul fizic, siluetă şi greutate corporală.

CÂND URECHILE ŢIUIE

„lată, voi aduce asemenea nenorociri

peste locul acesta, că tuturor celor care le vor auzi

le vor vui urechile.”

Vechiul Testament, IEREMIA, 19:3

TINITUSUL – DISCOTECA DIN URECHE

Domnul Kramer, 47 de ani, angajat în domeniul tehnic, suferă o pierdere a auzului, ca urmare a unei perioade mai îndelungate de stres. Dimineaţa la trezire, el observă foarte speriat cum nu mai aude aproape deloc cu urechea stângă. Un tratament cu perfuzie pe care îl urmează la spital îi stimulează circulaţia sangvină şi produce rapid o ameliorare. Rămâne însă cu un tinitus extrem de incomod şi chinuitor care constă într-un ţiuit extrem de puternic la nivelul ambelor urechi. El simte o presiune foarte mare la nivelul capului, nu se poate concentra, în special atunci când se află în prezenţa multor oameni, evită de îndată toate zgomotele precum muzica, reuniunile şi întâlnirile cu prietenii. Domnul Kramer se simte neajutorat cu privire la ţiuitul din urechile sale, şi cu timpul devine din ce în ce mai deprimat, îi este teamă că va înnebuni în curând sau că îşi va produce vreun rău dacă va ajunge să nu mai suporte ţiuitul. Cu excepţia soţiei sale, se simte neînţeles de către toţi ceilalţi oameni, în special atunci când periodic nu merge la serviciu sau atunci când preferă să stea singur într-un birou decât să împartă biroul cu ceilalţi colegi. Alte două vizite la alte spitale, unde i se administrează perfuzii şi medicamente de stimulare a circulaţiei sangvine, nu produc nicio ameliorare. în cele din urmă, după doi ani de frustrare, îşi pune ultima speranţă în combinarea unei terapii de desensibilizare pentru tratarea tinitusului cronic, pe care o urmează sub supravegherea unui medic otorinolaringolog specializat, şi a unei terapii comportamentale, sub supravegherea unui psihoterapeut.

„A FACE PE SURDUL”: URECHILE ŞI PSIHICUL

Prin intermediul urechilor ne parvin toate informaţiile relevante din mediul înconjurător. Undele sonore ale unui sunet sau zgomot ajung la timpan, prin intermediul canalului auditiv extern, fiind transformate în vibraţii. Acestea sunt transmise spre lanţul osicular al urechii medii şi, apoi, prin intermediul unei membrane, către urechea internă. Urechea internă are forma unui melc şi este umplută cu lichid. Undele care se formează la acest nivel mişcă cilii fini ai celulor senzoriale, care la rândul lor transmit acum pe calea nervului auditiv un impuls electric către centrii nervoşi specializaţi de la nivelul creierului. Aici impulsurile sunt recunoscute şi transformate în percepţie conştientă: auzi ţipătul unui copil sau muzica unei piese cunoscute.

Atunci când percepem anumite zgomote ca fiind prea încete sau când nu le percepem aproape deloc, ne confruntăm cu hipoacuzie; atunci când percepem zgomotele ca fiind prea puternice, suferim de suprasensibilitate auditivă; atunci când zgomotele îşi au originea nu în exterior, ci chiar în interiorul urechii, înseamnă că ne chinuie un foarte supărător tinitus.

Nu ne putem obişnui cu zgomotul excesiv de puternic, deoarece, pe termen lung, acesta nu produce decât o deteriorare la nivelul cililor sensibili ai celulelor senzoriale. Zgomotul se măsoară prin intermediul volumului în decibeli (dB). O valoare de peste 85 dB, la un timp de expunere zilnic de opt ore, pe parcursul mai multor ani, este considerat dăunător sănătăţii.

Zgomotul reprezintă un stres permanent pe care îl resimţim la nivelul capului, întrucât datorită secreţiei de hormoni acesta se păstrează într-o permanentă stare de alertă. Inima şi circulaţia sangvină se activează, digestia se încetineşte, sistemul imunitar este afectat. Zgomotul perturbă somnul şi afectează performanţele intelectuale, întrucât capacitatea de concentrare are de suferit. în cel mai rău caz, se poate ajunge la depresie şi tinitus (zgomote patologice resimţite la nivelul urechii). Gravidele, copiii, persoanele în vârstă şi cele bolnave prezintă o sensibilitate sporită la zgomote.

Mulţi oameni se folosesc de zgomot ca de un drog; aceştia chiar caută efectul de stimulare produs de hormonii de stres şi transpunerea corpului în stare de alarmă. însă zgomotul poate fi produs şi cu scopul de a înlătura frica, de a evita o linişte care produce nelinişte sau pentru a potenţa încrederea în sine prin intermediul intensităţii sunetului.

Prin intermediul urechilor suntem în permanent contact cu mediul înconjurător; putem închide ochii, însă nu şi urechile – dacă nu ne folosim de mijloace tehnice ajutătoare. Ascultarea muzicii sau a vocii unei persoane iubite ne declanşează emoţii. Muzica în ritmul bătăilor inimii are un efect liniştitor.

Conexiunile strânse care se stabilesc între urechi şi psihic, respectiv comportamentul interuman, se pot observa în multe expresii: suntem numai urechi, ne deschidem urechile, suntem cu urechile în patru. Dorim să cerem ascultare, ne dorim să ne facem auziţi şi dorim ca ceva să fie auzit. Fie găsim ascultare, fie trebuie să ne facem ascultaţi sau pur şi simplu spunem „Auziţi!" Ne putem ascuţi urechile, putem asculta cu jumătate de ureche sau ne putem astupa urechile. Uneori suntem tari de-o ureche sau ceva ne intră pe o ureche şi ne iese pe alta. Alteori nu ştim ce ne-a lovit de surzim, iar uneori ni se lungesc urechile. Adesea suntem solicitaţi până peste urechi, ne trece ceva pe la ureche sau cineva ne pare într-o ureche.

La nivelul auzului, apar insuficienţe care sunt percepute subiectiv şi care se asociază cu anumite afecţiuni psihice, îndeosebi cu tulburări depresive, anxioase şi somatoforme. Persoanele depresive acuză adesea următoarele tipuri de disconfort: senzaţia de presiune la nivelul ambelor urechi, zgomote la nivelul urechilor (sunete de apel, zumzete), dureri, sensibilitate la sunete, reducerea auzului fără cauze organice, acestea fiind accentuate atunci când hipoacuzia este preexistentă.

Tabelul 11: Afecţiuni ale urechii relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE TULBURĂRILE DISOCIATIVE DE

AUZ

Fenomenele foarte rare ale tulburărilor de auz psihogene (surzenia sau hipoacuzia disociativă) sunt denumite în prezent „pierderi senzoriale" şi sunt incluse în categoria tulburărilor disociative (tulburări de conversie); la bază se află un conflict actual care reprezintă factorul declanşator.

O tulburare de auz disociativă poate apărea la o singură ureche sau la ambele urechi şi se manifestă prin pierderea parţială sau totală a auzului. Pacienţii afectaţi se comportă cu totul altfel decât pacienţii care suferă de deteriorarea organică a auzului: aflaţi într-o discuţie, aceştia nu fixează buzele interlocutorului, nu îndreaptă către acesta urechea sănătoasă şi nici nu încep ei înşişi să vorbească mai tare. Tulburarea poate varia în funcţie de situaţie (tulburări de auz în situaţii de testare şi supraveghere, lipsa vreunei deteriorări a auzului

în situaţii în care pacientul nu se simte observat sau se află angrenat în discuţii infórmale).

TULBURĂRILE ORGANICE TINITUSUL

Prin tinitus (din latinescul *tinnire* = a suna) se înţeleg senzaţiile auditive subiective care apar în lipsa unui stimul extern şi pot fi descrise astfel: fluierături, ţâşnituri, şuierături, freamăte, chiţăituri, ţârâituri, fâsâituri, ciocănituri, ţiuituri, vuiete, clicuri, zbârnâituri, zumzete sau bâzâituri la nivelul uneia sau a ambelor urechi sau în cap. Volumul şi compoziţia sunetelor variază, cel mai adesea fiind prezent un zgomot de înaltă frecvenţă care se aseamănă unui fluierat. Este extrem de chinuitoare senzaţia de a nu avea absolut deloc control asupra zgomotelor din urechi şi de a nu putea întreprinde nimic pentru a le pune capăt. Experienţa arată faptul că efectele pe care

aceste zgomote le au asupra persoanelor afectate au un impact mult mai important asupra acestora decât tinitusul în sine.

Din ce în ce mai mulţi oameni se plâng de tinitus. în prezent, 4% din populaţie suferă de tinitus, dintre care 1% sunt afectaţi în mod semnificativ. 10 până la 15% dintre adulţi suferă ocazional, cu o frecvenţă sporită sau pe perioade îndelungate ca urmare a zgomotelor deranjante. Date fiind aceste senzaţii auditive, circa 0,5% dintre adulţi nu mai sunt în măsură să desfăşoare o viaţă normală. Probabilitatea de îmbolnăvire ca urmare a unui tinitus creşte odată cu vârsta, deşi simptomele se pot manifesta începând din copilărie şi adolescenţă, riscul de îmbolnăvire fiind crescut atunci când tinerii sunt expuşi la poluare fonică prin frecventarea discotecilor şi utilizarea căştilor audio.

Tinitusul poate fi acut sau cronic, iar adesea are loc o remisie spontană. în cazul tinitusului acut, care durează mai puţin de trei luni, este vorba despre o tulburare circulatorie la nivelul urechii interne. Din cauza disfuncţiei microcirculaţiei sangvine, aparatul auditiv

periferic este subalimentat cu oxigen, iar cilii celulelor senzoriale se distrug. în consecinţă, remediul constă în identificarea unor mijloace de stimulare a circulaţiei sangvine.

în cazul tinitusului cronic, mai precis în cazul senzaţiilor auditive care durează de mai mult de trei luni, nu mai este utilă o asemenea terapie de perfuzie. în acest caz, devine mult mai important modul în care este gestionat tinitusul. Atunci când persoanele afectate îl gestionează adecvat, vorbim despre un tinitus compensat. Restul pacienţilor care suferă de un aşa-numit tinitus decompensat necesită, pe lângă terapia medicală, o formă de tratament care să ia în considerare tiparul de gestionare psihică şi diferitele aspecte psihosociale. Permanentele senzaţii

auditive, pierderea auzului la frecvenţe înalte şi suprasensibilitatea la zgomote provoacă un grad înalt de suferinţă care se asociază cu dezvoltarea a numeroase probleme psihice, psihosomatice şi sociale: tulburări de somn, depresivitate, neajutorare şi pierderea controlului cu privire la tinitus, nervozitate, anxietate, irascibilitate generală, stare permanentă de tensiune, tulburări de concentrare, cefalee provocată de tensiune, dureri de stomac, senzaţie copleşitoare de zgomot, suprasolicitare cauzată de voci şi zgomote, în prezenţa multor oameni, care are drept consecinţă retragerea socială. în urma dezvoltării unei tulburări psihice cum ar fi depresia sau o tulburare de anxietate, poate surveni o decompensare acută a unui tinitus compensat, căruia nu i s-a acordat până atunci mare atenţie. Tinitusul apare adesea şi la pacienţii cu tulburări somatoforme cum sunt tulburările somatoforme de tipul durerii persistente.

80% dintre pacienţii cu tinitus suferă şi ca urmare a unei tulburări de auz, care îşi are originea într-o hipoacuzie care se manifestă la nivelul urechii interne. în acest caz, multe dintre problemele enumerate nu mai au legătură în primul rând cu tinitusul, ci pot fi puse pe seama tulburării de auz cu care acesta se asociază, înţelegerea redusă a vorbirii, îndeosebi în discuţia cu mai multe persoane, intensifică tendinţa de retragere socială şi ar putea fi corectată mai frecvent prin utilizarea unui aparat auditiv.

Mulţi pacienţi cu tinitus suferă şi ca urmare a tensiunii acumulate atât la nivelul maxilarului (mergând până la bruxism) cât şi la nivelul gâtului, al cefei şi al umerilor, astfel încât relaxarea ţintită a muşchilor corespunzători are un efect calmant. în cazul unui tinitus decompensat nu există o acomodare, mai precis nu are loc o dezvoltare a toleranţei. Atenţia rămâne în permanenţă orientată către zgomote, acestea fiind interpretate drept periculoase; acest lucru explică încordarea permanentă psihică şi fizică. Exact în acest sens se aplică măsurile terapeutice şi psihologice: pacienţii vor trebui să înveţe să gestioneze senzaţiile auditive prin intermediul anumitor tehnici de distragere a atenţiei. Pacienţii cu tinitus care îşi percep disconfortul într-o mai mică sau mai mare măsură se deosebesc unii de alţii prin modul în care îşi gestionează tulburarea şi prin strategiile pe care le utilizează în acest sens.

SURDITATEA BRUSC INSTALATĂ

Prin surditate bruscă se înţelege diminuarea acută, de obicei unilaterală, a auzului care are loc la nivelul cohleei situate în urechea internă, în labirintul osos al osului

temporal. Tulburarea apare la 20 până la 100 000 de persoane şi devine din ce în ce mai răspândită. Gradul tulburărilor de auz variază de la scăderea uşoară a auzului până la hipoacuzie totală, care însă apare foarte rar. Cel mai adesea, problemele apar în cazul frecvenţelor înalte şi medii. De obicei, surditatea bruscă apare ca din senin, în condiţiile unei stări perfecte de sănătate; circa jumătate dintre persoanele afectate constată instalarea acesteia dimineaţa, la trezire.

în cazul a 70 până la 80% dintre persoanele afectate, simptomul cel mai frecvent cu care aceasta se asociază este tinitusul, care creează o senzaţie de disconfort, precum şi o senzaţie de presiune la nivelul urechii, ameţeală, tulburări de echilibru şi cefalee însoţită de stare de greaţă. Cauzele imediate constau cel mai probabil în existenţa unei circulaţii sangvine deficitare şi a oxigenării precare a celulelor

senzoriale oiliate, care apare în consecinţă. Surditatea bruscă poate fi vindecată complet, în timp ce tinitusul adesea se cronicizează.

ACUITATEA AUDITIVĂ CRESCUTĂ (HIPERACUZIA)

Aşa-numita hiperacuzie se referă la situaţia în care semnalele acustice de intensitate destul de redusă sunt percepute ca fiind prea puternice şi/sau deranjante. Persoanele afectate, care de altfel prezintă un auz normal, percep sunete precum zgomotul produs de un aparat de aer condiţionat sau răsfoitul unui ziar sau chiar propria voce ca fiind supărătoare sau chiar chinuitoare.

Hiperacuzia se asociază adesea cu tinitusul unilateral (43%) sau bilateral (53%), mai precis, aceasta apare adesea cu câteva săptămâni sau luni după manifestarea unui episod acut de tinitus; aceasta poate apărea însă şi în lipsa tinitusului. Uneori, prezenţa hiperacuziei pe parcursul mai multor ani poate, treptat, să conducă la dezvoltarea unui tinitus. Tulburarea poate apărea şi bilateral, ca urmare a unei traume unilaterale ca, de exemplu, o surditate bruscă.

HIPOACUZIA

Hipoacuzia este cea mai frecventă boală profesională. Fiecare al doilea pensionar suferă de o deteriorare a auzului, 2% dintre şcolari suferă de hipoacuzie la ambele urechi. Alarmantă este creşterea deteriorărilor de auz în rândul populaţiei tinere. 28% dintre tinerii de 20 de ani din Germania suferă de pierderi de auz de cel puţin 25 dB, determinate în principal de faptul că ascultă muzică amplificată prea tare prin intermediul căştilor audio, al boxelor proprii sau al celor din cluburi.

Hipoacuzia este relevantă din punct de vedere psihosomatic, întrucât aceasta are ca urmare numeroase probleme psihice, psihosociale şi psihovegetative.

Persoanele afectate suferă ca urmare a nervozităţii, iritabilităţii, neliniştii, durerilor de cap, rezistenţei scăzute, dificultăţii de a stabili contacte, retragerii sociale şi însingurării, precum şi, uneori, ca urmare a interpretării greşite de tip paranoid.

VERTIJUL

în cazul vertijului tipic care se asociază cu ameţeală şi care apare ca urmare a unei tulburări la nivelul sistemului vestibular periferic (determinat, de exemplu, de o paralizie la nivelul urechii interne), persoanele afectate descriu senzaţia falsă de mişcare a propriei persoane şi a mediului înconjurător, precum şi simptome vegetative care generează disconfort, dar şi stare de rău, greaţă, paloare şi transpiraţii reci.

BOALA MENIERE

în cazul bolii Meniere se manifestă episoade violente de vertij care se asociază cu stare de greaţă, mergând până la apariţia vărsăturilor, care pot apărea atât pe timpul zilei, cât şi pe timpul nopţii, neavând nicio cauză aparentă. Aceste episoade durează de la câteva minute până la câteva ore şi se repetă la intervale de timp variabile. Senzaţia de ameţeală poate fi atât de puternică încât pacientul nu mai poate sta singur în picioare. în plus, apare şi o pierdere temporară a auzului care se asociază cu tinitus şi cu o senzaţie de presiune la nivelul urechii afectate. Este vorba despre un tinitus care se manifestă în registrul sonor de frecvenţă joasă şi care se intensifică pe perioada episoadelor de vertij. Cauza bolii o constituie stagnarea lichidului limfatic la nivelul urechii, având drept consecinţă creşterea nivelului de lichid. Fie este vorba despre producţia în exces a lichidului, fie de drenarea deficitară a acestuia.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE

FACTORI PSIHOLOGICI

în cazul tulburărilor disociative de auz, psihanaliştii afirmă că, inconştient, persoanele afectate nu îşi doresc „să audă un anumit lucru”.

în cazul tinitusului, stresul cronic şi depresia se pot constitui drept factori declanşatori sau agravanţi; cu toate acestea, tinitusul determină adesea, cu precădere, dezvoltarea unor tulburări psihice şi psihosociale precum sentimentele de neajutorare şi de pierdere a controlului, depresia, tulburările de somn, tulburările de comunicare, retragerea socială şi stările anxioase. Incapacitatea de a munci apare adesea ca urmare a dificultăţilor de concentrare, a hiperstimulării acustice derutante care se manifestă în prezenţa mai multor oameni şi a epuizării după o perioadă mai îndelungată de expunere la zgomotul provenit din exterior.

Surditatea bruscă este adesea declanşată de suprasolicitarea de durată, de situaţiile conflictuale actuale şi de o permanentă stare de încordare emoţională. Adesea, pe un fond de stres cronic, survine un eveniment fatal (accident, deces, boală) care favorizează apariţia surdităţii bruşte. Conexiunile dintre surditatea bruscă şi stres sunt uşor de înţeles: în situaţiile de stres, creşte nivelul cortizolului, hormonul legat de stresul cronic, fapt care contribuie la constricţia vaselor sangvine şi la diminuarea fluidităţii sângelui; sângele devine mai vâscos şi poate chiar să se coaguleze. La nivelul micilor vase sangvine din urechea internă se pot produce ocluzii vasculare şi, ca urmare a acestora, poate apărea surditatea bruscă, care nu este altceva decât un infarct care se produce la nivelul urechii interne. Acesta determină o întrerupere a alimentării cu oxigen a celulelor senzoriale din urechea internă, care sunt extrem de sensibile.

Cu timpul, boala Meniere determină probleme considerabile de natură psihosocială. Persoanele afectate devin din ce în ce mai retrase din cauza fricii de a dezvolta un episod de ameţeală în public, ele suferind adesea de tulburări anxioase şi depresive.

STRATEGII TERAPEUTICE

în cazul tinitusului şi al bolii Meniere, obiectivul principal al terapiei nu îl constituie vindecarea, ci îmbunătăţirea calităţii vieţii şi renunţarea la comportamentele de evitare (evitarea zgomotelor, a contactelor sociale şi a activităţilor).

în prezent, în cadrul tratamentului psihologic şi psihoterapeutic, prevalează opinia că, în cele din urmă, este mai degrabă vorba despre un fenomen care se

petrece la nivelul creierului decât la nivelul urechii. Din această perspectivă, se impune adoptarea unor măsuri psihologice care să contribuie la gestionarea mai eficientă a factorilor de stres care agravează simptomatologia, în special în situaţia tipului cronic al afecţiunii, considerată până în prezent ca fiind incurabilă. Mulţi experţi împărtăşesc opinia că în cazul

tinitusului cronic ar fi totuşi vorba despre o tulburare somatoformă, întrucât cauzele organice eventual identificate (deteriorări uşoare provocate de zgomot, tensiune la nivel cervical sau vasoconstricţii) nu explică întru totul gradul de severitate al tulburării. Terapia îşi propune să întrerupă cercul vicios care apare între concentrarea atenţiei, interpretarea negativistă a zgomotelor, reacţia amplificată la stres şi agravarea tinitusului.

Simplele exerciţii de relaxare au o eficacitate redusă în cazul tinitusului, utile fiind însă aşa-numitele strategii de gestionare multimodale. Acestea nu conduc la înlăturarea simptomelor, ci la o gestionare mai eficientă şi implicit la creşterea calităţii vieţii. Aceste strategii se dovedesc eficiente şi în cazurile de hiperacuzie:

1. Faza de informare (psihoeducaţia). Simpla informare detaliată cu privire la stadiul actual al cercetării şi referitor la tratamentul tinitusului ar trebui să încurajeze pacienţii, care adesea sunt deja resemnaţi, să încerce o formă de terapie nemedicamentoasă, atunci când toate încercările medicale de până la acel moment au dat greş. Pentru a nu intra în panică atunci când suferă de o formă de tinitus pe care în mod subiectiv aceştia o percep ca fiind asurzitoare, persoanele afectate vor trebui să înveţe ce se petrece în capul lor în acele momente. Ele vor trebui încurajate să accepte faptul că se pot obişnui cu tinitusul în aceeaşi manieră în care oamenii se obişnuiesc

cu zgomotul unei autostrăzi aflate în apropiere în timp ce se concentrează asupra altor activităţi.

2. Tehnicile de relaxare. Practicarea metodelor de relaxare şi a tehnicilor de autohipnoză este la început percepută ca fiind relativ dificilă deoarece datorită stării de repaus şi a concentrării asupra corpului, este adus în atenţie şi tinitusul. Cu timpul însă, acestea se pot dovedi benefice şi utile.

3. Comutarea atenţiei. Prin intermediul exerciţiilor de imagerie, persoanele afectate învaţă să-şi îndrepte atenţia către subiecte plăcute pentru ca, în acest mod, să-şi poată estompa mai bine tinitusul. Tehnicile centrate pe emoţie şi cele nonverbale, din cadrul art terapiei şi a somatoterapiei, optimizează capacitatea de ghidare a atenţiei.

4. Tehnicile de expunere. Persoanele afectate au tendinţa să evite, pe cât

posibil, sursele de zgomot precum zgomotul străzii, concertele sau conversaţiile, fapt care le accentuează suprasensibilitatea. Obişnuirea lentă, dozată cu zgomotele cotidiene, va trebui practicată regulat pentru a se putea confrunta mai des cu aceste situaţii într-o stare sporită de relaxare. Confruntarea cu mediul înconjurător determină implicarea în activităţi a căror neglijare a favorizat în numeroase cazuri declanşarea unor reacţii depresive.

5. Schimbarea tiparelor de gândire (terapia cognitivă). Tiparele de gândire dezadaptative („Tinitusul este semnul accidentului vascular cerebral", „Nu mai am nicio valoare dacă va trebui să continui să trăiesc în felul acesta"), precum şi cerinţele exigente („Trebuie să fiu perfect pentru a nu pierde controlul") vor trebui analizate şi reformulate; acesta reprezintă un factor important de susţinere a procesului terapeutic.

6. Terapia de desensibilizare pentru tratarea tinitusului cronic. Aceasta este o metodă relativ nouă de comutare a atenţiei: un mic aparat instalat în ureche (denumit „generator de zgomot" sau

„noiser") emite un zgomot la un volum ceva mai mic decât al tinitusului care permite astfel desensibilizarea (acomodarea) auzului. Există însă şi metode mai simple: ascultarea constantă a unei muzici de fundal, o fântână arteziană de cameră sau ascultarea unui CD cu sunete specifice curgerii apei distrage, de asemenea, atenţia de la tinitus. în acest caz însă, nu este recomandabil ca zgomotele provenite din exterior să acopere tinitusul, deoarece dacă acest lucru se întâmplă nu este stimulată acomodarea.

în cazul surdităţii bruşte, tehnicile psihoterapeutice de gestionare a stresului şi terapia de relaxare pot contribui la evitarea unei viitoare pierderi de auz bruşte. Eventualele consecinţe ale unei pierderi bruşte de auz pot face necesară urmarea unei terapii de gestionare a tinitusului.

în cazul tratamentului psihosomatic al bolii Meniére vor trebui avute în vedere aspecte precum: prezenţa unor perioade de stres în etapa premergătoare declanşării bolii, structura de personalitate orientată către performanţă şi nivelul crescut de anxietate cu privire la declanşarea unei noi crize.

CÂND AU DE SUFERIT GÂTUL, NASUL ŞI VOCEA *Vocea unui om este a doua sa faţă.* GÉRARD

BAUER

SENZAŢIA DE GLOBUS – SENZAŢIA PERMANENTĂ DE „NOD ÎN GÂT” '

Domnul Winter, 39 de ani, tehnician de software al unei firme mari, suferă de câteva luni ca urmare a unei senzaţii permanente de constricţie la nivelul gâtului, care poate fi cel mai precis descrisă ca senzaţie de „nod în gât”. Adesea este convins de faptul că în timpul mesei nu poate înghiţi o bucată mai mare de mâncare, pentru că aceasta i-ar putea rămâne blocată în gât. însă cu adevărat, această senzaţie neplăcută apare doar în afara orelor de masă, atunci când înghite în gol. Nu numai în timpul mesei, ci şi în restul timpului, domnul Winter are mereu în preajmă o sticlă cu apă minerală, deoarece numai astfel îşi poate înlătura cel mai repede senzaţia de uscăciune a gurii şi cea de a fi permanent nevoit să înghită.
în urma excluderii oricărui diagnostic organic, în cadrul unei psihoterapii este identificat contextul psihosocial care a favorizat apariţia acestei senzaţii: domnul Winter este expus unui foarte mare stres la locul de muncă; în special, îl stresează sentimentul de a nu se afla la locul potrivit. Acum un an, el a fost transferat de la departamentul pentru dezvoltarea de programe la departamentul tehnic de vânzări, unde nu se simte deloc confortabil. Se gândeşte că cel mai bine ar fi să-şi dea demisia, întrucât se simte suprasolicitat, dar îi este teamă că într-un alt loc de muncă nu ar beneficia de acelaşi nivel de salarizare şi nici nu ar mai avea aceeaşi garanţie cu privire la locul de muncă.

„CÂND CEVA TE GÂTUIE”: GÂTUL, NASUL, VOCEA ŞI PSIHICUL

Nasul este organul de simţ al mirosului şi începutul tractului respirator. Din punct de vedere filogenetic, mirosul este cel mai vechi dintre toate simţurile. Putem să închidem ochii şi să ne astupăm urechile, dar nu putem evita mirosurile. Pentru că trebuie să respirăm, suntem nevoiţi să şi mirosim, fapt care ne expune atât unor mirosuri plăcute, cât şi unor mirosuri neplăcute. Aerul care intră trece prin epiteliul olfactiv din cavitatea nazală, unde milioane de celule senzoriale captează, cu ajutorul unor cili fini, moleculele odorante transmiţându-le mai departe către bulbul olfactiv, sub forma unor impulsuri electrice. Informaţia olfactivă ajunge într-o primă fază direct în sistemul limbic al creierului, unde declanşează imediat reacţii emoţionale. Mirosurile determină apariţia unor senzaţii emoţionale foarte puternice, al căror caracter hedonist, respectiv anhedonist, devine vizibil atât în expresia feţei, cât şi în comportament datorită adulmecatului, strâmbatului din nas etc. Mirosurile pot stimula, linişti, revigora sau scârbi. Anumite mirosuri corporale pot avea un efect atrăgător sau respingător, reprezintă factori declanşatori de simpatie sau de antipatie şi, implicit, exercită o influenţă majoră asupra relaţiilor sociale. Femeile au de obicei, cel puţin pe perioada sarcinii, un simţ al mirosului mai sensibil decât bărbaţii. Mirosurile nu activează numai emoţii, ci şi amintiri, astfel încât atunci când simţim anumite mirosuri ne simţim automat transpuşi în anumite situaţii plăcute sau neplăcute. Problemele psihice care au legătură cu simţul mirosului se constituie de obicei drept consecinţe ale experienţelor traumatice, ca de exemplu situaţia în care mirosul de ars din timpul unui accident reapare în mod repetat, neintenţionat – fapt care se întâlneşte în cazul tulburării de stres posttraumatic.

Gâtul cuprinde faringele, porţiunea de început a esofagului şi laringele cu porţiunea superioară a traheei. în interiorul laringelui se găsesc corzile vocale. Laringele şi corzile vocale reprezintă partea cea mai importantă a aparatului vocal.

Tractul vocal este cel mai complicat sistem motor al întregului corp. La producerea vocii noastre contribuie aproximativ o sută de muşchi şi mai multe organe: diafragma şi plămânii, laringele, în mijlocul căruia se găsesc corzile vocale, precum şi gura, nasul şi gâtul. Un sunet se formează datorită faptului că aerul expirat trece prin laringe şi determină punerea în mişcare a corzilor vocale. O voce sănătoasă are la bază interacţiunea optimă dintre respiraţie, mişcarea vibratorie regulată a corzilor vocale, tensiunea corpului, postura corpului şi starea psihică. Ca fenomen fizic, vocea este formată din 100 până la 1 000 de vibraţii ale corzilor

vocale pe secundă. Fiecare om are o voce caracteristică, inconfundabilă, putând fi astfel uşor identificat.

Vocea exprimă starea de spirit a întregii fiinţe. Aceasta este mai gravă în momentele de relaxare şi mai stridentă în cele de încordare, se menţine cu dificultate în momentele de agitaţie şi tremură în situaţiile de tensiune emoţională. Bucuria se exprimă cu o voce bine modulată şi sonoră, iar tristeţea, dimpotrivă, cu o voce pierită, mai degrabă monotonă. Vocea unei persoane reprezintă *barometrul* stării sale de spirit. Sunetul vocii unei persoane reprezintă o măsură a gradului în care aceasta se exprimă din centrul fiinţei sale sau dacă aceasta suferă ca urmare a stresului psihologic sau este slăbită din punct de vedere fizic sau psihic.

Vocea este cel mai important organ de contact cu lumea înconjurătoare şi face posibil dialogul şi relaţiile. Tulburările de voce reprezintă în principal tulburări de comunicare, şi nu o problemă izolată a laringelui sau a tractului vocal. Stresul psihologic poate avea o influenţă asupra corzilor vocale şi poate determina ca interacţiunea dintre respiraţie, voce şi dicţie să fie perturbată. Răguşeala permanentă sau efortul considerabil depus pentru a vorbi pot constitui expresia unor probleme personale mai profunde.

Starea noastră de spirit este redată în expresii care au legătură cu gâtul, nasul şi vocea.

Se întâmplă să fim cu nasul pe sus, să nu ne cunoaştem lungul nasului sau ceva să ne pută. Când ceva nu ne convine, strâmbăm din nas sau uneori ajunge să ne iasă pe nas. Alteori încercăm să mirosim cum stau lucrurile în legătură cu o situaţie şi tot nu ne dăm seama dacă aceasta miroase sau nu a bine. Când ne băgăm nasul peste tot, cineva ne poate da peste nas. Se întâmplă să sesizăm că cineva îşi ia nasul la purtare şi atunci avem imediat grijă să-i tăiem puţin din nas.

Uneori avem un nod în gât sau râsul, cuvintele sau dumicatul ni se opresc în gât. Alteori facem gât, ne frângem gâtul, ceva ne stă în gât sau suntem sătui până în gât. Adesea avem treabă până în gât, iar dacă greşim cu ceva, cineva ne poate strânge de gât sau ne poate pune ştreangul de gât. Sunt dăţi în care cineva se agaţă de gâtul nostru, când noi am dori ca altcineva să se arunce de gâtul nostru. Se întâmplă să ne lungim gâtul ca să vedem mai bine, iar când ni se face sete, dăm repede o duşcă pe gât.

Adesea ne doare în gât de cât am vorbit sau am ţipat şi sunt dăţi în care ceva ne ia maul şi amuţim. Putem să înghiţim cu greu un comentariu şi există situaţii în

care punem cuiva cuţitul la gât.

Câteodată rămânem fără cuvinte sau amuţim. Alteori suntem foarte vocali sau ne dorim să dăm tonul. Sunt dăţi în care nu reuşim să scoatem niciun sunet. Reuşim sau nu să avem o purtare de bonton. Suntem conştienţi de faptul că tonul face muzica!

Afecţiunile specifice gâtului, nasului şi vocii se asociază şi cu anumite tulburări psihice. Pacienţii anxioşi pot avea adesea senzaţia de globus. Tulburările de voce funcţionale apar de obicei la pacienţii depresivi, a căror voce este adesea foarte înceată sau slabă.

Tabelul 12: Tulburări ale nasului, gâtului şi vocii relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE SENZAŢIA SOMATOFORMĂ DE GLOBUS

Senzaţia de globus fără cauze organice („globul isteric") a fost deja discutată în cadrul tulburărilor somatoforme epigastrice din secţiunea tulburărilor funcţionale ale esofagului, dar este amintită şi în acest capitol, întrucât reprezintă una dintre cele mai des întâlnite afecţiuni O.R.L. în sistemul de diagnosticare internaţional, această simptomatologie apare la „alte tulburări somatoforme" care nu sunt mediate de sistemul nervos autonom şi se limitează la anumite sisteme sau părţi ale corpului.

Prin *globus pharyngeus* se înţelege, în limbajul curent, senzaţia de gâtuire sau de „nod în gât". Mai precis definită, reprezintă senzaţia de corp străin în gât *{pharynx* = faringe, gât), determinată de tensiunea acumulată la nivelul musculaturii de deglutiţie şi a musculaturii gâtului. Există însă şi o conexiune strânsă cu tensiunea care în mod reflex se acumulează la nivelul coloanei vertebrale, în zona cervicală. Pe lângă senzaţia de corp străin, pe care persoana în cauză încearcă să o înlăture înghiţind des sau bând apă, apar şi alte senzaţii neplăcute precum mâncărimile, arsurile sau durerile. Adesea, asemenea senzaţii neplăcute apar la nivelul faringelui şi în cazul tulburărilor funcţionale de voce, care sunt comparabile cu febra musculară care se instalează după un efort muscular excesiv.

TULBURAREA DISOCIATIVĂ A OLFACŢIEI

Tulburările olfactive psihogene extrem de rare (hiposmia sau hiperosmia) sunt considerate tulburări disociative ale senzaţiei şi sunt discutate în cadrul tulburărilor disociative şi de conversie (ICD-10); în aceste situaţii este necesară identificarea unui conflict actual care acţionează drept factor declanşator al tulburării.

RINOPATIA (RINITA) VASOMOTORIE

Cea mai importantă tulburare funcţională a nasului este reprezentată de aşa-numita rinopatie (rinita) vasomotorie, care este declanşată de stimuli nespecifici. Tulburarea se manifestă prin secreţia de mucus apos (rinoree), adesea asociată cu o criză de strănut, la care se adaugă senzaţia de nas înfundat şi scăderea simţului mirosului. De asemenea, nasul înfundat în permanenţă care alternează cu curgerea nasului poate să constituie şi reacţia la stresul emoţional, în special atunci când sistemul imunitar este slăbit ca urmare a stresului cronic.

TULBURĂRILE DISOCIATIVE DE VOCE

Tulburările de voce funcţionale reprezintă afecţiuni ale vocii fără cauze organice, care se numără printre tulburările disociative motorii. Acestea se datorează

coordonării motorii deficitare la nivelul tractului vocal, care are ca rezultat funcţionarea perturbată în momentul vocalizării. Tulburările de voce apar cu precădere în cazul persoanelor care au „profesii din sfera vorbirii", cum sunt profesorii, educatoarele sau vânzătoarele. Tulburările disociative de voce pot fi accentuate ca urmare a anxietăţii anticipatorii referitoare la eşecul de a vorbi în public. Este posibil însă şi ca o tulburare de voce cu cauze organice să determine apariţia

unor probleme de natură psihosocială şi să favorizeze teama de eşec în situaţiile sociale.

Există afonii şi disfonii disociative (psihogene) care, în lipsa tratamentului, pot afecta laringele.

O afonie disociativă reprezintă pierderea bruscă a vocii de la câteva ore până la câteva zile. Vocea dispare, iar persoana afectată nu mai poate vorbi decât în şoaptă. Periodic, tulburarea poate reapărea.

Disfoniile funcţionale sunt tulburări de voce cu modificarea timbrului şi intensităţii vocii în lipsa unor modificări organice primare ale corzilor vocale. Persoanele afectate suferă de răguşeală, oboseală a corzilor vocale, nevoia de a-şi drege glasul, senzaţii precum arsuri, uscăciune, dureri, presiune şi tensiune. Factorii emoţionali influenţează utilizarea vocii, timbrul şi intensitatea acesteia. Există o conexiune strânsă între aceste tulburări şi modul individual în care sunt gestionate emoţiile, conflictele interioare, suprasolicitarea şi stresul vocal.

Simptomele se dezvoltă adesea insidios; la mai mult de jumătate dintre persoanele afectate acestea apar în urma unei infecţii gripale sau a unei infecţii în zona gurii şi a gâtului, modificându-şi, în funcţie de situaţie, intensitatea şi modul de manifestare. Adesea apar şi simptome psihice (sentimente de extenuare, depresie, oboseală şi insecuritate în mediile sociale).

Se disting două tipuri de disfonie: un „deficit” sau un „surplus” de voce. Disfonia hipofuncţională se manifestă printr-o voce înceată, pierită, foarte puţin modulată, respiraţie superficială şi deschidere insuficientă a gurii; aceasta apare adesea la oamenii aflaţi în stări de epuizare şi care suferă de depresii. Disfonia hiperfuncţională prezintă următoarele caracteristici: voce prea puternică, înaltă, aspră, uneori excesivă, dură, metalică, pronunţie deficitară a vocalelor, tendinţa către acumularea tensiunii la nivelul orificiului de deschidere al laringelui. Vocea răsună gâtuit, chinuit, gemând, scâncit, articularea este anevoioasă, respiraţia este prea rapidă. în ambele cazuri, nu dau roade nici forţarea vocii, nici tehnicile de control vocal.

TULBURĂRILE ORGANICE

RINOPATIA ALERGICĂ

Ochii care ard, nasul care curge şi bronhiile iritate sunt simptomele cunoscute ale aşa-numitei „febre a fânului”. De o asemenea rinopatie alergică suferă 10 până la 20% din populaţie, iar în cazul în care persoanele afectate suferă de stres cronic, aceasta poate fi considerată o tulburare psihosomatică propriu-zisă. Este vorba despre o inflamaţie alergică a mucoasei nazale (determinată de exemplu de polen, praful de casă sau părul animalelor) care se manifestă prin simptome ca mâncărimi, congestie nazală, coriză (inflamarea mucoasei nazale), strănut, voce nazală, tulburări de miros şi de gust, inflamaţia sinusurilor paranazale şi oboseală.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Stresul şi factorii stresori psihosociali sunt consideraţi factori declanşatori sau agravanţi atât ai afecţiunilor funcţionale, cât şi ai celor organice ale nasului, gâtului şi vocii.

Senzaţia de globus somatoformă poate reprezenta expresia unor conflicte interioare, a suprasolicitării, stresului, anxietăţii, depresiilor, neajutorării şi a sentimentelor de neputinţă. în momentele de enervare şi de stres, gâtul se usucă, iar persoanele afectate sunt nevoite să-şi dreagă în permanenţă glasul şi să tuşească uşor. Fixarea permanentă a atenţiei asupra zonei gâtului determină, în mod inutil, amplificarea şi fixarea simptomatologiei.

Suprareacţia mucoasei nazale poate fi amplificată ca urmare a unor emoţii puternice sau a stresului, care slăbesc sistemul imunitar, atât în cazul rinopatiei (rinitei) vasomotorii, cât şi în cazul rinopatiei alergice. în situaţia conflictelor din cadrul relaţiilor, a anxietăţii şi a depresiilor, cantitatea de polen care declanşează simptomatologia este uneori extrem de redusă.

Tulburările de voce disociative adesea au legătură cu tensiunea interioară, conflictele psihice, nesiguranţa în mediul social, stările anxioase şi depresive, stresul şi suprasolicitarea din cadrul

familiei şi de la locul de muncă. Un alt motiv îl constituie utilizarea incorectă a vocii, în special în profesii din sfera vorbirii, precum telefonistele, vânzătoarele sau profesorii, în care poate apărea suprasolicitarea corzilor vocale. în situaţia persoanelor cu alte meserii din sfera vorbirii, cum sunt cântăreţii şi actorii, stresul psihosocial se amplifică în mod suplimentar din cauza anxietăţii explicabile pe care aceştia o trăiesc cu privire la pierderea locului de muncă. Experienţele traumatizante cum sunt accidentele, violenţa sexuală şi fizică pot determina pierderea totală a vocii – sugerând un mesaj de genul „Nu mai doresc să comunic cu această lume". Tulburările de voce pot apărea şi din cauza unei respiraţii incorecte determinate de considerente emoţionale.

STRATEGII TERAPEUTICE

în cazul senzaţiei de globus, precum şi în cazul tulburărilor de voce, este utilă învăţarea tehnicilor de respiraţie corectă, utilizate cu scopul de a intensifica relaxarea, în special în faza de expiraţie. în cazul tulburărilor funcţionale ale nasului, tehnicile de respiraţie pot facilita efectuarea respiraţiei cu ajutorul nasului şi nu al gurii, întrucât în situaţia respiraţiei pe gură, nu există posibilitatea adecvată de încălzire şi

umezire a aerului. Procedând astfel, în cazul tulburărilor disociative ale olfacţiei, este posibil ca senzaţiile olfactive să fie reactivate.

în cazul tulburărilor de voce funcţionale, în primul rând este necesar un tratament logopedic, fiind însă, de asemenea, extrem de importantă abordarea acestor tulburări dintr-o perspectivă holistă care să vizeze şi evaluarea stării emoţionale şi a contextului psihosocial. A lucra cu vocea înseamnă întotdeauna a lucra cu întreaga persoană. Simplele exerciţii de vocalizare sau de exersare a vocii nu vor avea efectul dorit. Principiul de bază îl constituie: recunoaşterea şi gestionarea conflictelor interne şi a situaţiilor stresante exterioare care se află în spatele diferitelor simptome O.R.L.

CÂND STRESUL AFECTEAZĂ OCHII

Ochiul este punctul în care sufletul şi corpul se contopesc.

CHRISTIAN FRIEDRICH HEBBEL

SCĂDEREA ACUITĂTII VIZUALE – PRIVIRE ÎNCEŢOŞATĂ DIN CAUZA TENSIUNII PSIHICE ŞI DEPRESIEI

Domnul Maurer are 37 de ani, este angajat în domeniul tehnic, iar brusc nu îşi mai poate desfăşura activitatea, întrucât de două luni suferă în mod inexplicabil de tulburări de vedere. Mai mulţi medici oftalmologi nu pot găsi cauze organice care să explice faptul că acesta percepe dublu imaginile, are privirea înceţoşată şi acuză îngustarea bruscă a câmpului vizual. De un an, firma sa are o evoluţie proastă, iar el se teme că va fi concediat. Există probleme mari cu care se confruntă şi în viaţa privată: soţia sa îl ameninţă cu divorţul pentru că a cunoscut un alt partener în timpul perioadelor lungi în care el se afla plecat în delegaţii în străinătate. Luând de asemenea în considerare simptome precum tendinţa spre oboseală, apatia, lipsa apetitului alimentar, tulburările de somn şi de concentrare, rezultă tabloul simptomatologie al unei depresii reactive.

„A ÎNCHIDE OCHII ÎN FATA UNEI SITUATN": OCHII ŞI PSIHICUL

Ochiul captează lumina ca o cameră de filmat, conducând fasciculele de lumină difractate către o suprafaţă sensibilă – retina. Forma cristalinului (plan sau curbat) determină tipul de refracţie şi, astfel, vederea la apropiere sau la distanţă. Pupila este orificiul din iris, care se deschide şi se închide, respectiv se lărgeşte sau se îngustează, în funcţie de lumină, ca un obiectiv care se

reglează automat. în spatele cristalinului se găseşte globul ocular umplut cu o substanţă transparentă, gelatinoasă, denumită corp vitros, în spatele căruia se găseşte retina. Retina reprezintă echivalentul natural al unui film fotografic. Ea este formată din trei straturi de celule nervoase pe a căror parte exterioară se găsesc receptorii de lumină. Impulsurile nervoase sunt trimise apoi spre creier pentru a fi prelucrate. Circa 80% dintre senzaţii sunt înregistrate prin intermediul ochiului.

între ochi şi creier există o strânsă legătură anatomică, întrucât, din punct de vedere evolutiv, retina şi nervul optic reprezintă părţi ale creierului care se găsesc la nivelul ochiului. Astfel se explică faptul că senzaţiile vizuale trezesc imediat reacţii emoţionale ca, de exemplu, plânsul în timpul unui film. Atunci când închidem ochii, creierul continuă să îi mişte, în mod inconştient. Cu cât în inconştient sunt procesate mai multe experienţe, cu atât mai intense vor fi mişcările ochilor.

în situaţii de frică şi de agitaţie emoţională, sistemul nervos simpatic determină dilatarea pupilelor pentru a permite să pătrundă mai multă lumină; astfel fotosensibilitatea ochilor se măreşte, iar câmpul vizual se lărgeşte. O pupilă mărită, similar unui obiectiv mai mare al aparatului foto, reduce profunzimea câmpului şi permite să se poată distinge mai bine între diferite distanţe. în acest fel, obiectele periculoase pot fi observate mai bine.

în caz de stres, agitaţie sau frică mulţi oameni au impresia că nu pot vedea bine obiectele care se găsesc în apropiere. Acest fenomen este declanşat prin intermediul sistemului nervos simpatic: în momentele de stres, cristalinul se aplatizează, având astfel un indice mai mic de refracţie, respectiv o distanţă focală mai mare. Fenomenul serveşte în situaţiile de pericol când o bună vedere la distanţă poate să asigure supravieţuirea; în această situaţie, vederea de aproape este însă afectată, întrucât ea nu este de importanţă vitală.

în prezent, problemele ochilor sunt adesea cauzate de desfăşurarea activităţilor la calculator. Focalizarea permanentă a cristalinului pentru vederea de aproape, necesară în vederea desfăşurării activităţii în faţa monitorului, reprezintă pentru

ochi un mare efort. Până la 40% dintre salariaţi se plâng din pricina oboselii, arsurii sau lăcrimării ochilor în timpul desfăşurării muncii la calculator. Ochii înroşiţi nu constituie o afecţiune a aparatului vizual, ci semnul unei solicitări intense din cauza privirii aţintite asupra monitorului timp de câteva ore. Ochii au prea puţin fluid lacrimal sau compoziţia filmului lacrimal nu mai este corectă. Apar ochii uscaţi – iar în consecinţă, apar apoi ochii roşii. O treime dintre persoanele care navighează pe internet acuză faptul că le-a scăzut vederea. în cazul a 60% dintre aceştia, s-a mai adăugat până la o dioptrie, în cazul a 31% până la trei şi în cazul a 9,5% numărul dioptriilor a fost chiar mai mare.

Goethe a exprimat atât de frumos faptul că în ochi se oglindeşte „din exterior, lumea şi, din interior, omul”. Ochii noştri reprezintă „fereastra către lumea exterioară”: cu ajutorul ochilor recunoaştem lumea, ne creăm o imagine despre mediul nostru înconjurător, intrăm în contact cu alţi oameni şi stabilim relaţii intense cu anumite persoane, precum partenerul. Ochiul reprezintă aşadar un important organ de comunicare. Cine îşi pleacă privirea în mod curent trece drept timid sau nesigur pe sine. Cine priveşte o persoană în asemenea fel încât aceea se simte „sfredelită” trece drept deranjantă.

Privirea noastră poate fi caldă, dură, deschisă, inexpresivă, interiorizată, binevoitoare, pătrunzătoare, sfredelitoare, devoratoare, sinceră, focoasă, rece, respingătoare, disperată, temătoare, încremenită de frică, ochii pot fi larg deschişi de frică şi de panică, pot fi tulburi, pot să strălucească, să fie luminoşi sau lipsiţi de strălucire. La figurat, putem fi prevăzători, vizionari, chiori sau orbi. Alţi oameni pot să ne citească în privire emoţiile şi stările de spirit – ochii sunt oglinda sufletului nostru; aceştia exprimă, în sensul cel mai cuprinzător, „punctele noastre de vedere”. Aceste aspecte sunt redate de numeroase expresii: o privire spune mai mult decât o mie de cuvinte, a fi ochi şi urechi, a cuprinde ceva cu privirea, a avea

ceva în vedere, a trimite ocheade, a privi adevărul în faţă, a închide ochii în faţa unei situaţii, a nu-şi putea crede ochilor, ceva îţi sare în ochi, a închide un ochi, a plânge cu un ochi şi a râde cu

altul, a te alege cu un ochi vânăt, a privi lumea cu ochii larg deschişi, a vedea ceva cu alţi ochi, ceva reprezintă o iluzie, a purta ochelari de cal, a păzi ceva ca pe ochii din cap, a arunca praf în ochi, a sta ca un spin în ochii cuiva. A fost iubire la prima vedere, ochii care nu se văd se uită. Zicem şi că cineva are orbul găinii când nu vede sau nu doreşte să vadă ceva.

Tabelul 13: Probleme oculare relevante din punct de vedere psihosomatic

în sfera tulburărilor psihice apar, îndeosebi în cazul depresiilor, următoarele probleme ale ochilor: o presupusă miopie, acuze cu privire la corectarea greşită sau insuficientă a vederii, inflamaţia cronică a zonelor oculare superficiale, vedere neclară fără cauze organice, fotosensibilitate, diplopie.

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

Ceea ce constituie un stres pentru psihic poate să înceţoşeze şi privirea. Ochii reprezintă un organ de comunicare în sine; prin urmare, problemele psihosociale îşi pot găsi expresia prin intermediul unor tulburări de vedere. Tulburările de vedere funcţionale sau psihogene, care în prezent sunt denumite disociative, constau în pierderea totală sau parţială a vederii sau, din contră, într-o hipersensibilitate vizuală. Este vorba despre tulburări de conversie cu factori declanşatori psihici specifici (anumite situaţii de conflict sau un grad înalt de stres) şi cu un anumit simbolism.

Tulburările de vedere disociative se manifestă adesea prin pierderea acuităţii vizuale a unui ochi sau a ambilor ochi, reducerea capacităţii de focalizare, vederea dublă, anomalii ale câmpului vizual, vederea înceţoşată sau „vederea în tunel” (pierderea vederii periferice), orbirea pe timp de noapte, fotofobia sau vederea cromatică perturbată. în cazuri foarte rare este vorba despre orbire unilaterală sau bilaterală, orbirea completă apărând însă extrem de rar. Tipice sunt şi tulburările reflexului de convergenţă, mai precis ale vederii de aproape, precum şi, în anumite cazuri, spasmul de convergenţă – tulburări care nu permit acomodarea ochiului pentru vederea de aproape sau la distanţă. Prezenţa unei tensiuni musculare funcţionale la nivelul ochilor sporeşte adesea senzaţia de lipsă a acuităţii vizuale şi diplopia. în ciuda acuzelor celor afectaţi referitoare la înrăutăţirea vederii, este uimitor faptul că în anumite cazuri aceştia se pot orienta şi deplasa foarte bine. Tulburarea apare adesea subit şi se află în legătură cu anumite probleme psihice şi psihosociale.

TULBURĂRILE ORGANICE

Tulburările de vedere cu cauze organice care au componente psihice şi psihosociale sunt mai frecvente decât se credea anterior. Cel puţin în cazul anumitor afecţiuni ale ochilor, sunt întotdeauna menţionate aspectele psihosomatice, deşi nu există încă suficiente dovezi ştiinţifice în această privinţă. Chiar şi miopia de până la o dioptrie şi jumătate poate avea legătură cu stresul psihic, iar conjunctivita purulentă poate să indice o stare generală proastă a imunităţii.

GLAUCOMUL

Glaucomul este o afecţiune cronică a ochiului. Aceasta se manifestă prin faptul că presiunea intraoculară este crescută, având următoarele consecinţele: corpul vitros apasă pe retină, ceea ce determină comprimarea sensibilului nerv optic. în plus, presiunea crescută afectează şi irigarea cu sânge a nervului optic – caz în care daunele pot fi ireparabile şi se poate ajunge până la orbire. Dincolo de scăderea presiunii intraoculare, specialiştii vor trebui să aibă în vedere şi restabilirea circulaţiei sangvine la nivelul segmentului posterior al ochiului, întrucât în cazul unei părţi a persoanelor afectate aceasta se reduce în mod semnificativ.

UVEITA „Uveita” provine din *uvee* (tunica medie a ochiului); aceasta cuprinde irisul, aşa-numitul corp ciliar şi coroida. în cazul uveitei toate aceste zone sunt inflamate, adesea la nivelul

ambilor ochi. în cazul unei îmbolnăviri bruşte, problemele apărute cel mai frecvent sunt: înroşirea pronunţată a ochilor, lăcrimarea crescută, fotosensibilitatea, vedere înceţoşată, dureri înţepătoare la nivelul ochilor. în cazul evoluţiei cronice a bolii, apare treptat scăderea acuităţii vizuale şi scotomul din ce în ce mai sever (pierdere a vederii pe o porţiune limitată a câmpului vizual).

CHORIORETINOPATIA SEROASĂ CENTRALĂ

Această afecţiune neinfecţioasă a retinei, care apare cu precădere la vârsta mijlocie, constă într-o inflamaţie în zona centrală a retinei. Apare o acumulare de lichid seros sub retină, în zona responsabilă de vederea centrală. Este vorba şi despre existenţa unui defect la nivelul epiteliului pigmentar, un anumit strat retinian prin care acest lichid ajunge să se prelingă. Adesea acuitatea vizuală se îmbunătăţeşte de la sine.

HETEROFORIA

Heteroforia reprezintă tendinţa spre strabism, deci o deviere temporară de la poziţia normală a ochilor. în anumite situaţii în care vederea celor doi ochi este

disociată (în situaţii de oboseală, stări febrile, nervozitate, sub influenţa alcoolului) pot fi observate şi alte simptome precum durerile de cap şi oculare, senzaţie de arsură şi diplopia.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Conform psihanalizei, oamenii care prezintă tulburări de vedere disociative nu doresc „să vadă ceva”. Tulburările de vedere de obicei

exprimă o suprasolicitare masivă sau reflectă o problemă care există în legătură cu o situaţie de criză care se manifestă în prezent sau care durează de mai mult timp.

în viaţa de zi cu zi, văzul are de suferit ca urmare a numeroaselor activităţi solicitante pentru ochi ca, de exemplu, activitatea permanentă la calculator, privitul timp de ore în şir la televizor, condusul sau lucrul cu microscopul. Problemele ochilor fără cauze organice au adesea legătură cu stresul, în sensul cel mai larg al cuvântului. După cum rezultă în urma unui consult oftalmologie efectuat asupra unor funcţionari bancari, cel puţin una din trei acuze cu privire la tensiunea intraoculară (cefaleea, uscăciunea ţesutului conjunctiv, problemele oculare generale) apare ca urmare a stresului psihosocial de la locul de muncă. O mare parte a celor mai frecvente probleme (iritaţii la nivelul retinei, inflamaţii, mâncărimi, senzaţia de pleoape „grele”, acuitatea vizuală redusă şi diplopia din timpul şi de după orele de muncă) sunt de origine psihologică şi se bazează mai puţin pe cauze fizice.

Uneori, în cazul tulburărilor de vedere psihogene, este vorba despre consecinţele unei situaţii de viaţă extrem de traumatizante cum sunt, spre exemplu, experienţele de război. Astfel, în cazul unei grupe de persoane care au suferit traume severe, a rezultat o orbire persistentă ca urmare a faptului că, pentru un timp îndelungat, aceştia au plâns mult.

Funcţiile organice ale ochiului, cum sunt acuitatea vizuală, mobilitatea globului ocular, vederea cromatică şi perceperea câmpului vizual, sunt supuse unor fluctuaţii determinate de starea psihică. Tulburările de vedere organice se asociază cu perioade lungi de stres cronic sau cu schimbări ale vieţii care sunt dificil de gestionat, precum divorţul, decesul partenerului sau eşecurile în plan profesional – stresul determină o tensiune intraoculară crescută, o tensiune la nivelul muşchilor oculari şi, prin urmare, tulburări de circulaţie sangvină la nivel ocular.

Conform unor cercetări mai recente, stresul cronic poate să determine chiar apariţia glaucomului. Pacienţii care suferă de

glaucom sunt foarte sensibili la orice formă de stres. în majoritatea cazurilor de uveită nu sunt identificate cauze organice, astfel încât este suspectată o tulburare autoimună, care este agravată ca urmare a stresului şi a circumstanţelor stresante de viaţă. O afecţiune neinfecţioasă a

retinei (chorioretinopatia seroasă centrală) se datorează adesea stresului psihic, în special al stresului de la locul de muncă.

ASPECTE TERAPEUTICE

Pentru tulburările de vedere disociative, nu există un tratament standardizat, fiind necesară abordarea fiecărui caz în parte şi elaboraraea unei strategii individuale. Un simplu antrenament de relaxare nu va avea, probabil, rezultatul dorit, motiv pentru care este necesară urmarea unui tratament psihoterapeutic menit să înlăture conflictele psihice care stau la baza tulburării.

în situaţia suprasolicitării şi a obosirii excesive a ochilor, care apare, de exemplu, ca urmare a orelor de lucru petrecute la calculator, exerciţiile de antrenament vizual se pot dovedi utile. Ca urmare a practicării acestora, se poate diminua tensiunea de la nivelul muşchilor ciliari, care se află în interiorul ochiului. Cu privire la exerciţiile de antrenament vizual menite să reducă miopia, promovate în multe locuri, se recomandă prudenţă. Nu este atât de simplu să corectezi un defect de vedere cu cauze anatomice cu ajutorul unor exerciţii.

în cazul tulburărilor de vedere cu cauze organice care au componente psihice şi psihosociale se impune reducerea gradului de stres. Noi descoperiri ştiinţifice atestă faptul că, prin intermediul antrenamentului autogen sau al hipnozei, tensiunea intraoculară (glaucomul) poate fi scăzută. Tulburările de vedere care conduc la orbire pot avea consecinţe în plan psihic şi psihosocial precum depresiile, incapacitatea de muncă sau izolarea socială. în aceste situaţii, pentru a gestiona mai eficient tulburarea, poate fi util sprijinul psihologic şi psihoterapeutic.

CÂND DINŢII SCRÂŞNESC SAU DOR
Acolo va fi plângerea şi scrâşnirea dinţilor
Noul Testament, Sfânta Evanghelie după Matei, 8:12

BRUXISMUL – OROAREA NOCTURNĂ

Julia este o elevă de 17 ani care de câţiva ani scrâşneşte atât de tare din dinţi în timpul nopţii încât şi-a tocit aproape de tot dinţii frontali superiori. Pe tot parcursul nopţii dinţii ei se macină unii de alţii ca pietrele de moară, iar dimineaţa ea se simte extenuată şi se plânge de dureri de cap. Ea însăşi nu este conştientă de toate acestea în timpul somnului – spre deosebire de sora ei mai mică, care se trezeşte cu regularitate din acest motiv. Şi în timpul zilei, Julia obişnuieşte adesea ca, în mod neintenţionat şi fără să fie conştientă de acest lucru, să-şi preseze atât de puternic dinţii între ei, încât apar dureri în zona muşchilor masticatori. Aparatul dentar, care asigură protecţia dinţilor pe timpul nopţii, previne consecinţele cele mai grave, însă nu rezolvă problema de bază a tensiunii cronice care apare şi în timpul somnului. Atunci când se confruntă cu orice formă de stres – de exemplu, înaintea unor examene – şi când suferă din dragoste, scrâşnitul se intensifică. în cele din urmă, Julia acceptă utilitatea unei psihoterapii şi începe să se confrunte cu problemele „din spate”.

„A STRÂNGE DIN DINŢI”: DINŢII ŞI PSIHICUL

în cavitatea bucală au loc activităţi precum mestecatul, muşcatul, suptul şi înghiţitul. Dinţii îndeplinesc funcţia de instrument, datorită faptului că fac posibilă masticaţia şi capacitatea de a vorbi; pot fi însă folosiţi şi pe post de armă sau consideraţi obiecte de podoabă.

Gura şi dinţii reprezintă zone importante implicate în perceperea şi exprimarea emoţiilor. Cu ajutorul mimicii, afectele pot fi exprimate prin zâmbet şi expunerea atractivă şi simpatică a

dinţilor, expunerea agresivă a dinţilor, scrâşnetul dinţilor, încleştarea dinţilor sau muşcarea buzelor. Zona gurii, a obrajilor şi a dinţilor este traversată

de o reţea densă de nervi, care permit apariţia durerii ca semnal util de alarmă, care determină însă şi o sensibilitate crescută la durere.

între aparatul dento-maxilar şi psihic există legături mai strânse decât se crede în general. în cazul stresului, mulţi oameni literalmente strâng din dinţi.

Conexiunea dintre dinţi şi starea emoţională reiese din numeroase expresii: a scrâşni sau a clănţăni din dinţi, a-şi arăta colţii, a spune cuiva ceva printre dinţi, a-ţi veni să mănânci pe cineva de drag, a încleşta dinţii, a strânge din dinţi, a avea un dinte împotriva cuiva, a-i scoate cuiva şi dinţii din gură, a se ţine cu dinţii de ceva, a fi înarmat până în dinţi, a suporta ceva strângând din dinţi. în locul devizei „ochi pentru ochi, dinte pentru dinte" am face mai bine să ţinem seama de următoarea remarcă: „Zâmbetul reprezintă forma cea mai elegantă de a-i arăta colţii adversarului".

Problemele stomatologice pot apărea şi în situaţia unor afecţiuni psihice, cel mai adesea în cazul tulburărilor depresive şi anxioase, întrucât persoanele afectate suferă de obicei în urma tensiunii cronice instalate la nivelul maxilarului. în lipsa unor dovezi concludente, persoanele depresive acuză adesea dureri de dinţi sau se plâng cu privire la disconfortul dat de o proteză dentară, în ciuda unor numeroase verificări ale acesteia. Problemele dentare pot fi „inventate" şi în cazul unei dismorfofobii, în sensul unei presupuse diformităţi din cauza unor dinţi hidoşi. Pacienţii de psihiatrie prezintă şi numeroase inflamaţii parodontale, carii, intoleranţe ale protezelor, precum şi sindroamele algice funcţionale descrise mai jos.

în cazul copiilor şi al tinerilor, suptul susţinut al degetului, având ca scop detensionarea, are de-a lungul timpului consecinţe ortodontice semnificative. Atunci când este necesară o intervenţie ortodontică, apare un nou pericol: pe de o parte, prin intermediul aparatului dentar, dinţii sunt uşor împinşi înapoi, iar pe de

altă parte, datorită suptului degetului mare şi a celorlalte degete, aceştia sunt aduşi înainte. Ca urmare a acestui fapt, este posibil ca dinţii să înceapă să se mişte, în cazul în care comportamentul de supt al degetelor nu este stopat.

Tabelul 14: Probleme stomatologice relevante din punct de vedere psihosomatic

Un alt aspect psihic important referitor la tratamentul stomatologic îl reprezintă frica larg răspândită faţă de stomatolog, care într-o măsură mai mare sau mai mică se regăseşte la 75% din populaţie. Forma patologică a acestei frici de stomatolog este astăzi în mod justificat denumită odontofobie. Circa 15% din populaţie suferă de această fobie, motiv pentru care vizitele la stomatolog sunt fie însoţite de un grad sporit de anxietate, fie cu totul evitate. De aici rezultă un cerc vicios: teama faţă de durere are ca urmare evitarea tuturor controalelor stomatologice, ceea ce în decursul timpului determină îmbolnăvirea dinţilor şi, de abia odată cu aceasta, instalarea unor probleme semnificative şi a unor dureri severe.

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE Bruxismul

Tulburările funcţionale fără cauze organice din zona gurii şi a maxilarului se numesc „parafuncţii dentare" („parafuncţia" = proces autodistructiv al forţelor funcţionale exersate automat – *n.red.).* Este vorba despre fenomene precum scrâşnitul, frecarea şi încleştarea dinţilor, sugerea obrajilor între dinţi şi presarea cu limba a propriilor dinţi sau a unor părţi care au fost înlocuite. în mod normal, la o persoană relaxată dinţii intră în contact reciproc maximum 10 minute pe zi, iar în caz de stres acest timp se multiplică.

Pe termen lung apar probleme semnificative care adesea sunt tratate de abia atunci când apar dureri:

• Deteriorări ale dinţilor: suprafeţe dentare erodate care determină tocirea unor coroane dentare, fiind aşadar vorba despre pierderi de substanţă ale smalţului dentar (cunoscută drept „abraziune” a

dinţilor), crăpături în smalţul dentar, colţuri rupte, defecte ale dintelui (porţiunea dintre coroană şi rădăcină), sensibilizarea rădăcinii şi a nervului dentar, care are ca urmare dureri similare cu cele apărute în cazul cariilor sau sensibilitate termică extremă.

• Deteriorări ale aparatului dentar: degradarea dentinei, slăbirea dinţilor şi deplasarea acestora, precum şi mişcarea anumitor plombe, existând pericolul căderii dinţilor.

• Deteriorări ale musculaturii: inflamaţiile, modificările ţesuturilor, tulburările de coordonare în derularea mişcărilor şi durerea însoţită de senzaţia de presiune în timpul masticaţiei constituie adesea consecinţele tensiunii musculare permanente care, împreună cu procesele metabolice, determină irigarea defectuoasă a ţesuturilor.

• Deteriorări ale articulaţiei mandibulei: limitare a mişcării mandibulei, deschiderea cu dificultate a gurii, zgomote ale articulaţiilor, modificări de poziţie şi deformări ale articulaţiei mandibulei determinate de presiunea apărută ca urmare a sarcinilor care rezultă din compresie şi tracţiune.

• Deteriorări ale mucoasei bucale şi ale limbii: răni şi modificări la nivelul mucoasei bucale şi al limbii, determinate de mişcarea continuă a limbii şi obrajilor, precum şi de muşcarea permanentă a ţesutului.

• Dureri: dureri la nivelul mandibulei şi al feţei, dureri care iradiază la nivelul

gâtului, umerilor, tâmplelor şi urechilor, în urma cărora apar dureri de cap, migrene, tinitus şi dureri la deschiderea gurii.

Scrâşnitul din dinţi este cea mai cunoscută parafuncţie. Acesta se referă la o activitate excesivă a sistemului masticator care se manifestă prin scrâşnitul dinţilor şi încleştarea involuntară a maxilarelor, în lipsa unui scop funcţional, îndeosebi în timpul nopţii. în situaţii de concentrare maximă, bruxismul poate apărea şi pe timpul zilei, când se manifestă în special prin încleştarea maxilarului. Bruxismul nocturn se manifestă în special prin scrâşnirea şi frecarea

dinţilor între ei, existând şi episoade de încleştare. 8% din populaţie suferă cel puţin o dată pe săptămână de bruxism, iar la aproape jumătate dintre aceştia scrâşnitul apare şi pe timp de noapte. Circa 80% sunt femei. La ora actuală bruxismul se răspândeşte în mod accelerat – ca urmare a condiţiilor de viaţă stresante; tot mai multe persoane cu vârste cuprinse între 20 şi 40 de ani au dinţii atât de tociţi cum, de fapt, ar fi de aşteptat în cazul persoanelor mult mai în vârstă.

Persoanele afectate adesea nici nu sesizează gradul de tensionare şi măsura în care scrâşnesc din dinţi, întrucât ele obişnuiesc să scrâşnească în timpul somnului (circa un minut pe oră), descărcându- şi astfel în timpul somnului tensiunea interioară. Prin urmare, este explicabil de ce, în cazul purtării unui aparat dentar pe timpul nopţii (o proteză dentară din plastic), există pe timp de zi perioade în care starea de nelinişte şi tensiune se intensifică, cel puţin în mod trecător.

Tensiunea cronică a musculaturii determină pe termen lung sporirea numărului de contacte nonfiziologice ale dinţilor şi exercitarea unei presiuni masive asupra dinţilor (de exemplu, timp de până la 40 de minute, se exercită o presiune de până la 70 de kilograme, apărând dureri severe la nivel mandibular). Persoanele afectate îşi supun dinţii şi întregul sistem masticator unei presiuni enorme. Această presiune exercitată asupra dinţilor poate atinge în cazul femeilor până la 300 de kilograme, iar în cazul bărbaţilor până la 400 de kilograme.

MIOARTROPATIA

Cea mai frecventă formă de durere somatoformă la nivelul feţei este mioartropatia cronică a sistemului masticator, o tulburare care se datorează tensiunii la nivelul muşchilor masticatori (miopatie), la nivelul articulaţiei mandibulei (artropatie) sau la ambele niveluri (mioartropatie). O

mioartropatie cuprinde cel puţin trei dintre următoarele simptome: zgomote ale articulaţiei la mişcarea maxilarului, mişcarea limitată sau sacadată a maxilarului, durere la exercitarea funcţiei maxilarului, contracţie spastică a maxilarului la deschidere, încleştarea dinţilor, bruxism sau alte parafuncţii orale (muşcarea sau presarea limbii, a buzelor sau a obrajilor). Tulburarea se mai numeşte şi sindromul disfuncţiei dureroase a articulaţiei temporo-mandibulare (ultima denumire fiind între timp acceptată la nivel internaţional).

Sunt prezente dureri persistente la nivelul musculaturii masticatorii şi faciale (gura, dinţii, articulaţia mandibulară), precum şi a regiunilor adiacente feţei (musculatura masticatorie, musculatura tâmplelor, zona ochilor), care pot iradia în lateral până la nivelul gâtului, ajungând chiar şi până la nivelul capului. Adesea se instalează o tensiune musculară şi apar puncte de presiune care se localizează bilateral la nivelul muşchilor masticatori, precum şi zgomote la nivelul articulaţiilor maxilarului şi probleme de mobilitate ale mandibulei. în plus, persoanele afectate mai descriu următoarele simptome: stare de rău cu ameţeală, dispoziţie depresivă, anxietăţi, bruxism (în special, scrâşnitul dinţilor pe timp de noapte), crampe musculare până la nivelul coloanei vertebrale şi al regiunii umăr-braţ. Aceste dureri nu constituie o nevralgie de trigemen, al cărei debut este brusc şi unilateral – cum adesea se presupune –, ci este vorba despre o durere persistentă sau care se instalează în reprize, manifestându-se adesea bilateral, la nivelul feţei şi în zone care se află în afara ariei de acoperire a nervului trigemen. Tabloul clinic al mioartropatiei utilizat în stomatologie este întâlnit şi în otorinolaringologie, purtând şi denumirea de durere facială atipică, dar având cauze diferite, chiar dacă şi în domeniul stomatologic sunt utilizaţi adesea aceiaşi termeni.

SENZAŢIA DE ARSURĂ LA NIVELUL CAVITĂŢII BUCALE

Senzaţia de arsură la nivelul cavităţii bucale, al limbii şi al palatului apare frecvent la persoanele mai în vârstă, de sex feminin, care adesea sunt purtătoare de proteză. Simptomele variază în funcţie de momentul din zi: în timpul dimineţii, de regulă, acestea sunt slabe, intensificându-se de obicei seara şi determinând, implicit, şi apariţia unei tulburări de somn. în plus, această senzaţie se poate asocia cu uscăciunea gurii şi senzaţii precum furnicături, mâncărimi, înţepături sau iritaţie. Acestea variază în intensitate şi localizare şi nu se află în aria de acoperire a anumitor nervi, acest lucru însemnând că nu pot fi identificaţi factori organici care determină aceste senzaţii. Cauza o reprezintă factorii psihogeni nespecifici cum sunt depresiile şi stresul cotidian. Atunci când, după ce cauzele organice au fost excluse, s-a renunţat timp de o săptămână la purtarea protezei, care nu s-a soldat cu nicio ameliorare a senzaţiei de arsură la nivelul cavităţii bucale, urmarea

exclusivă a unui tratament stomatologic va avea şanse egale cu zero.

Afecţiuni legate de amalgam

în prezent, problemele legate de amalgam sunt denumite de specialişti ca afecţiuni „legate de mediu" şi sunt considerate ca făcând parte dintre tulburările somatoforme. Persoanele afectate nu privesc lucrurile în acelaşi mod şi consideră că problemele dentare sau alte probleme fizice nespecifice pot fi puse în legătură cu plombele de amalgam, pe care le consideră periculoase. Concentraţia mercurului eliberat este însă atât de redusă, încât nu există nicio posibilitate ca aceste plombe să constituie cauza problemelor semnalate. Aşadar, înaintea anumitor intervenţii stomatologice sau în situaţia în care, deşi dinţii sunt sănătoşi, există nevoia permanentă de a urma tratamente stomatologice, ar trebui luată în calcul, mai des decât până în prezent, posibilitatea să fie prezente anumite tulburări psihice.

TULBURĂRILE ORGANICE BOLILE PARODONTALE

Bolile parodontale infecţioase (parodontoza), care distrug osul maxilar, reprezintă o problemă care ia amploare. Primul simptom îl reprezintă sângerarea gingiei. O inflamaţie apărută iniţial la nivelul gingiei care este cauzată de bacteriile din placa dentară şi se extinde de la nivelul ţesutului moale din întregul parodont, deci şi la nivelul

osului maxilar, determinând, într-o primă fază, din cauza fenomenului de regresiune a osului, mişcarea, iar ulterior căderea dinţilor. Organismul se apără de intruşi, dar dezvoltă o reacţie exagerată care are cauze fatale: mare parte a leziunilor tisulare nu sunt provocate de bacterii, ci de reacţia sistemului imunitar. De remarcat este faptul că 40% dintre germanii adulţi prezintă o formă uşoară de parodontoză, fără ca, de obicei, să fie conştienţi de acest fapt. Astfel, această afecţiune stomatologică este mai răspândită decât cariile. Dintre persoanele de 30 de ani, deja 15% suferă de o formă atât de agresivă de inflamaţie gingivală, încât acestea sunt expuse pericolului de cădere a dinţilor. în contrast cu această situaţie, oamenii din ţări în curs de dezvoltare prezintă o situaţie dentară mult mai bună.

O sarcină importantă în cadrul educaţiei pentru sănătate o constituie sublinierea importanţei alimentaţiei şi a îngrijirii corecte a dinţilor. Dulciurile, care sunt responsabile de apariţia cariilor, şi spălatul pe dinţi sporadic vor determina ca, pe termen scurt sau lung, să apară problemele dentare.

PROBLEME LEGATE DE PROTEZĂ

Pierderea dinţilor, protezele şi intoleranţa faţă de proteze pot influenţa semnificativ starea psihică. Persoanele care manifestă o intoleranţă la purtarea protezelor (atât proteza veche, cât şi cea nouă sunt refuzate pe motiv că nu se aşază în mod corect) vor merge de la stomatolog la stomatolog – întocmai ca pacienţii cu tulburări somatoforme; la început aceştia caută o soluţie strict stomatologică, fără a dori să se confrunte cu problemele psihice şi psihosociale existente. Fenomenul intoleranţei psihogene la purtarea protezelor se referă la faptul că proteza nu se aşază în mod corect din motive psihice. Dinţii artificiali evocă, chiar şi în mod inconştient, pierderea dureroasă a dinţilor naturali, constituind un indiciu asupra degradării fizice apărute odată cu înaintarea în vârstă. Uneori, în fundal se află frica faţă de diformitate, care a rămas negestionată.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE

FACTORI PSIHOLOGICI

Aspectele psihologice din stomatologie sunt mai diverse decât se cunoaşte în general şi pe viitor acestea ar trebui luate mai în serios. Tensiunile apărute la nivelul gurii şi al feţei se manifestă pe fondul unei tensiuni emoţionale crescute şi se datorează unor factori psihoreactivi şi stresului de la locul de muncă şi din cadrul familiei. în cazul bruxismului, dacă nu vor fi înlăturate problemele psihice din fundal la scurt timp după aplicarea măsurilor stomatologice care se impun – cum sunt aplicarea aparatelor sau coroanelor dentare, vor apărea alte deteriorări şi dureri. în afara factorilor stresori generali de natură psihosocială, în anumite cazuri vor trebui avute în vedere şi aşa-numitele fenomene de conversie; în special, vor trebui luate în considerare problemele concrete apărute în relaţiile interumane: furia puternică cu privire la partenerul de cuplu poate să determine o tensionare dureroasă a maxilarului.

Categoric că, pe termen scurt, încleştarea maxilarelor, scrâşnitul dinţilor şi presarea limbii au consecinţe pozitive: astfel, va putea fi diminuată o stare de tensiune interioară, în acelaşi mod în care anumiţi oameni obţin temporar o ameliorare ca urmare a scărpinării, crestării sau tăierii pielii; rezultatele pe termen lung sunt însă dezastruoase, iar problema de bază nu se rezolvă procedând astfel.

Stresul, problemele psihosociale şi tensiunea emoţională cum este, de exemplu, starea de supărare care se prelungeşte pe o perioadă mai lungă, stările anxioase sau depresive constituie,

de asemenea, premise pentru dezvoltarea unei mioartropatii. în special, reprimarea unor emoţii determină apariţia stresul emoţional, care se manifestă şi la nivel muscular. Tensiunea musculară cu cauze psihoafective a aparatului dento-maxilar poate fi adesea pusă în legătură cu comportamente de luptă sau de reprimare a agresivităţii, cu suprasolicitarea individuală şi cu factorii stresori de natură psihosocială. Presiunea creează presiune!

Conform unor noi descoperiri, este posibil să existe o legătură între bolile parodontale şi stresul cronic, care diminuează rezistenţa organismului împotriva infecţiilor, ca urmare a slăbirii sistemului imunitar. Pe de o parte, mulţi oameni îşi neglijează igiena dentară atunci când trăiesc în condiţii de stres psihic cronic, pe de altă parte, în situaţiile de stres, factorii imunitari protectivi din salivă se diminuează, astfel încât bacteriile pot prolifera. Perioadele marcate de examene, crizele la locul de muncă sau stresul cotidian pot declanşa adevărate crize parodontale.

STRATEGII TERAPEUTICE

Este deosebit de important ca persoanele afectate să înveţe să perceapă gradul de tensiune instalat la nivelul maxilarului şi al feţei şi să coreleze stările lor de tensiune interioară cu stresul provenit din exterior. Intervenţiile psihologice recomandabile în cazul problemelor dento-maxilare care au şi cauze psihice includ, în mod necesar, pe lângă acţiunile centrate pe problemă (acordarea de ajutor pentru gestionarea situaţiilor stresante de natură psihosocială şi a tensiunilor emoţionale), şi măsuri care sunt centrate pe înlăturarea simptomelor cum sunt diferitele tehnici de relaxare. Atunci când sunt asociate şi depresii, se recomandă urmarea unui tratament psihoterapeutic şi/sau farmacoterapeutic. în lipsa identificării unor cauze organice, adesea este suficient să-i fie oferite pacientului explicaţii detaliate cu privire la conexiunile dintre corp şi psihic care se stabilesc la nivelul zonei dento-maxilare, pentru a-l determina să renunţe la a persista în urmarea unor măsuri suplimentare de tratament stomatologic.

CÂND MIŞCAREA ESTE PERTURBATĂ

Natura noastră este mişcarea. Repausul total este moartea BLAISE PASCAL, Cugetări

AMEŢEALA – FRICA PERMANENTĂ DE A CĂDEA DIN PICIOARE

Doamna Kaufmann are 37 de ani, are un loc de muncă, este căsătorită şi este mamă a doi copii aflaţi în şcoala primară. De trei ani suferă permanent de ameţeală, având frica de a nu cădea din picioare. Această frică este întreţinută de amintirea unui colaps jenant pe care l-a trăit la vârsta pubertăţii, în faţa unui număr relativ mare de persoane. Doamna Kaufmann s-a supus deja unor numeroase controale medicale şi a consultat un medic specialist în medicina internă şi doi medici O.R.L.; aceste investigaţii, precum şi măsurările repetate ale propriei tensiuni arteriale au convins-o, în final, că nu se află nici în pericolul de a suferi un infarct şi că nici nu are o tensiune arterială prea mică. în cele din urmă, medicul de familie îi recomandă să meargă la masaj – pentru a-şi trata tensiunea cronică de la nivelul umerilor şi gâtului – şi – pentru tulburarea de anxietate generalizată – să urmeze un tratament psihoterapeutic de orientare comportamentală. Cu timpul, doamna Kaufmann ajunge să înţeleagă care este adevăratul motiv al ameţelilor ei: aşteptarea ei de a performa perfect, atât în profesie, cât şi în familie şi incapacitatea ei de a se relaxa au condus la o încordare musculară cronică asociată cu senzaţia neplăcută de ameţeală. în consecinţă, prezintă un pronunţat comportament de evitare care se manifestă prin frica de spaţii largi (agorafobie). Prin intermediul unor exerciţii care se orientează asupra corpului, al unui antrenament special recomandat pentru cazurile de ameţeală şi al unui antrenament de gestionare a anxietăţii, doamna Kaufmann câştigă din ce în ce mai multă încredere în corpul ei. Pe lângă modificările de comportament, apar şi schimbări ale tiparelor de gândire referitoare la necesitatea de a obţine perfecţiunea în tot ce face – îngrijirea copiilor, menajul, activitatea profesională şi asistenţa la construirea casei.

„A-SI PIERDE ECHILIBRUL”: MIŞCAREA SI PSIHICUL

Aparatul locomotor este format din întregul eşafodaj al corpului nostru – din schelet cu toate oasele, articulaţiile, tendoanele, ligamentele şi muşchii. Articulaţiile constituie legăturile mobile care asigură mişcarea fără frecare a suprafeţelor osoase. Cartilajul articular acoperă capetele osoase şi poate să egalizeze anumite neregularităţi

ale suprafeţelor articulare, precum şi să preia din şocuri, dată fiind capacitatea acestuia de a-şi modifica forma. Ligamentele realizează legăturile la nivelul scheletului: legăturile de la os la os care au rolul de a stabiliza articulaţiile. Tendoanele sunt formate din ţesut conjunctiv, cu ajutorul cărora muşchii se fixează pe oase, având rolul de a mobiliza scheletul prin forţa muşchilor. Datorită încordării muşchilor, comandată de sistemul nervos vegetativ, se transmite mişcarea la nivelul scheletulului şi al articulaţiilor.

Coloana vertebrală are o importanţă majoră în menţinerea posturii şi a efectuării mişcării corpului: poziţia verticală este menţinută cu ajutorul coloanei vertebrale şi a complicatului sistem muscular care se fixează de aceasta. în cele din urmă, toţi muşchii membrelor şi ai trunchiului sunt conectaţi, într-un fel sau altul, cu coloana vertebrală. Vertebrele se suprapun şi au forma unor inele osoase, ale căror orificii sunt străbătute în siguranţă, de la creier în jos, de către măduva spinării şi de nervii care pornesc de la nivelul acesteia. Articulaţii mici leagă vertebrele între ele, asigurând mişcarea fără frecare a acestora. între vertebre se află discurile intervertebrale care acţionează ca nişte amortizoare. Acestea sunt constituite dintr-un inel fibros şi un nucleu pulpos, care nu sunt vascularizate. în urma solicitărilor zilnice, nucleul pulpos este tasat, astfel încât este posibil ca seara să poată fi înregistrate scăderi în înălţime de până la doi centimetri.

Un bun contact cu solul, o bună stabilitate, precum şi priceperea generală de a face faţă greutăţilor sunt adesea denumite în psihoterapie drept „a sta ferm pe propriile picioare”. în sens figurat, în relaţia pe care o avem cu solul se reflectă şi relaţia pe care o avem cu realitatea şi măsura în care ne simţim ancoraţi în relaţiile noastre sociale.

Numeroase expresii arată conexiunile care se stabilesc între corp şi psihic în sfera mişcării: a înţepeni de frică, a se simţi paralizat, a fi total încordat, a nu putea sta pe propriile picioare, a-ţi tremura picioarele de frică, a i se muia cuiva picioarele, a i se tăia cuiva picioarele, a-i tremura cuiva genunchii, a merge în genunchi, a fi din nou pe propriile picioare, a i se înmuia cuiva genunchii, a avea o poziţie

dificilă, a fi cu un picior în groapă, a fugi cuiva pământul de sub picioare, a ajuta pe cineva să se pună pe picioare, a-şi pierde echilibrul, a cădea la picioarele cuiva, a fi mereu în mişcare, a nu avea coloană vertebrală, a se ţine băţos, a pleca în faţa cuiva capul.

Tulburările de mişcare şi de echilibru apar şi în situaţia unor afecţiuni psihice. Pacienţii depresivi pot să sufere ca urmare a unor blocaje la nivelul aparatului locomotor şi se pot simţi total lipsiţi de putere, pot prezenta un mers lent sau pot fi complet imobili. în situaţia în care lipseşte energia fizică şi psihică, ameţeala este un simptom care apare adesea. Această ameţeală se prezintă ca senzaţie de gol sau de ceaţă în cap, ca un soi de văl asupra percepţiei şi a gândirii, ca stare de buimăceală sau nesiguranţă în timpul mersului. în cazul unei depresii cu simptome fizice pronunţate, ameţeala poate constitui principalul simptom pe care pacienţii îl acuză. Ameţeala apare şi în cadrul neuroasteniei, mai precis în situaţia unei „epuizări nervoase”. Numeroşi pacienţi anxioşi care manifestă stări severe de tensiune au teama de a nu cădea din picioare şi acuză în permanenţă ameţeli, care determină dezvoltarea ulterioară a unei frici de a se afla în spaţii largi (agorafobie).

Tabelul 15: Tulburări de mişcare relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

în sistemul de diagnosticare curent sunt precizate următoarele codificări pentru tulburările neorganice ale mişcării:

•tulburări de mişcare disociative (tulburări de mers şi de postură, paralizii)

•crize convulsive disociative (convulsii psihogene)

• alte tulburări somatoforme (ameţeala psihogenă, tremorul psihogen, convulsiile şi crampele musculare psihogene)

TULBURĂRILE DE MIŞCARE DISOCIATIVE Tulburările disociative

de mers şi de postură

Tulburările de mers şi de postură de factură psihogenă au la bază o slăbiciune sau o paralizie a unuia sau a ambelor picioare cu cauze psihice (mai rar o tulburare de coordonare sau dureri care apar în funcţie de mişcarea efectuată, dar fără paralizie) şi se manifestă printr-un mers bizar sau prin incapacitatea de a merge sau de a sta fără sprijin. Alte caracteristici sunt: tiparele de mişcare şi posturile care necesită mult efort: încetinirea evidentă şi exagerată a derulării mişcării („în reluare"); a merge „ca şi când ai aluneca"; a înainta cu paşi mici, a merge cu picioarele depărtate, a înainta cu prudenţă exagerată şi a merge ca pe gheaţă; rotirea braţelor; efectuarea unor fandări bruşte; cedarea bruscă a genunchilor fără a cădea din picioare; căutarea sprijinului însoţitorului; ezitări de scurtă durată în timpul mersului şi al statului în picioare; poziţie fermă la statul pe loc, urmată de mişcări progresiv ezitante la închiderea ochilor şi întinderea mâinilor înainte, cu îmbunătăţirea ulterioară a echilibrului la distragerea atenţiei într-un mod adecvat. La efectuarea unor mişcări neobişnuite (de ex., fugitul în spate) şi în poziţia culcat nu se poate observa nimic din toate acestea, iar modul de derulare a mişcărilor este unul normal. Tulburarea se asociază adesea cu un tablou simptomatologie psihomotor. De ex.: poziţia bizară a mâinii, gesticularea cu braţele, apucarea piciorului cu mâna, aspect suferind sau tensionat al feţei, gemete sau hiperventilaţie. De asemenea, caracteristice sunt şi evoluţia extrem de schimbătoare, precum şi diminuarea evidentă a disconfortului la distragerea atenţiei.

în cazul tulburărilor de mers şi de postură adesea nu se mai produce nicio ameliorare dacă simptomele s-au manifestat pe parcursul unei perioade mai lungi de 4 luni înainte de spitalizare. Tulburările de conversie se remit adesea rapid (în regim spitalizat în circa 2 până la 3 săptămâni) sau au tendinţa să se cronicizeze.

Paraliziile disociative

Paraliziile disociative pot imita întregul spectru al leziunilor neurologice şi se prezintă sub forma paraplegiilor, paraliziei complete sau hemiplegiilor. Paralizia poate fi parţială, însoţită de mişcări slabe sau încete sau totală. Uneori se asociază cu tremorul sau scuturatul extremităţilor. Simptomele pe care le prezintă persoanele cu paralizii disociative vor fi conforme cu convingerile medicale neavizate ale acestora. De obicei, aceştia au reflexe musculare normale şi nu prezintă atrofii musculare, iar când li se distrage atenţia, pot pune în mişcare muşchii aparent paralizaţi, paralizia nefiind prezentă nici în timpul somnului sau al efectuării unor activităţi de rutină.

CRIZELE CONVULSIVE DISOCIATIVE

Crizele convulsive disociative sunt crize nonepileptice cu mişcări convulsive bruşte şi neaşteptate, fără pierderea cunoştinţei; crizele pot avea însă şi o evoluţie treptată. De obicei, în timpul crizei, valorile EEG şi rezultatele măsurătorilor cardiovasculare sunt normale. Crizele pot fi de diferite tipuri. Ele pot lua forme de manifestare de la „tresăririle bruşte" până la „reflexul de a face pe mortul", de a „îngheţa". Când persoanele afectate au o criză convulsivă disociativă

aceasta se aseamănă unor forme de criză epileptică; nu sunt prezente însă criterii precum muşcarea limbii, pierderea de urină, contuziile sau leziunile datorate căzăturii. în plus, în timpul crizei sunt evitate de obicei poziţiile dureroase. în locul pierderii cunoştinţei apare o stare catatonică sau de transă. De asemenea, este posibil ca persoanele afectate să se lase uşor spre sol, neajungând să se rănească. Aflate în această stare, aceste persoane nu reacţionează la stimulii externi, deşi nu şi-au pierdut cunoştinţa.

în mod preferabil, crizele au loc în prezenţa unui public şi de obicei într-un mediu securizant, de regulă având loc ziua şi foarte rar pe timp de noapte. Evoluţia este adesea expresivă şi dramatică. Având o durată medie de peste două minute, o asemenea criză durează de obicei mult mai mult decât o criză epileptică şi, de asemenea, se manifestă mai frecvent decât cea din urmă. Nu sunt rare cazurile în

care apare de mai multe ori pe zi. După criza propriu-zisă, persoana afectată continuă să prezinte pentru un timp o stare modificată de conştiinţă: expresia facială pare dramatică, pupilele sunt dilatate, ochii fixează solul, pot apărea vocalizări ale unor sunete. Convulsiile disociative se pot asocia cu crizele epileptice. Trei sferturi dintre persoanele afectate sunt femei, majoritatea cu vârste cuprinse între 15 şi 35 de ani, care prezintă şi alte tulburări psihice (depresii, risc de suicid, tulburări de personalitate, tulburări somatoforme).

UNELE TULBURĂRI SOMATOFORME Ameţeala psihogenă

Ameţeala psihogenă este una dintre acuzele medicale cele mai frecvente ale oamenilor şi, împreună cu durerile de cap şi de spate, se numără printre cele mai frecvente motive de a consulta un medic. 38% dintre germani (32% dintre bărbaţi şi 44% dintre femei) suferă de ameţeli uşoare, medii sau severe, iar la 8% dintre aceştia vertijul este patologic. Se estimează că acuză ameţeli aproximativ 20% din totalul pacienţilor care suferă de diverse boli. Ameţeala nu este o boală, ci un simptom care poate avea multe cauze. De aceea este neapărat necesară identificarea unor cauze organice. Un set complet de investigaţii medicale necesare pentru stabilirea cauzelor vertijului include controale medicale în specialităţile ORL, oftalmologie, medicină internă, neurologie şi psihiatrie. Ameţeala care are drept cauze stările de tensiune este cunoscută sub denumirea de sindrom vertiginos (vestibular).

Ameţeala reprezintă un semnal de alarmă, un indiciu asupra ameninţării la adresa stării de echilibru. Aceasta invită la prudenţă şi la atingerea unui nivel mai bun de control corporal pentru a proteja organismul de prejudiciile pe care le-ar putea suferi în cazul unei prăbuşiri. Ameţeala ia naştere ca urmare a unor percepţii contradictorii cu privire la poziţia spaţială a corpului. Centrul echilibrului aflat la nivelul trunchiului cerebral prelucrează toate informaţiile pe care le recepţionează, declanşând ulterior ameţeala care are rolul de a trage un semnal de alarmă în cazul în care aceste

informaţii nu sunt concordante. La toate acestea contribuie sistemul vestibular (organul echilibrului de la nivelul urechii), sistemul vizual (ochii) şi sistemul senzorial (percepţia corporală).

Cuvântul „ameţeală” are multiple semnificaţii. în spaţiul anglo- american se mai folosesc şi două alte cuvinte: *vertigo* (care provine din latinescul *vertere* = a învârti), pentru a desemna sindromul vertiginos, şi *dizziness* ca denumire a ameţelii. Pe lângă pericolul pierderii echilibrului, termenul de ameţeală exprimă şi stări psihice: anxietate, uluire, groază, confuzie, senzaţie de gol în cap, diminuare a atenţiei şi concentrării. Cuvântul german „Schwindel” (vertij) provine din limba germană medie, mai precis din *swintilon* (a-şi pierde cunoştinţa), şi se referă la pierderea simţurilor, la starea de slăbiciune fizică şi la ezitarea apărută ca urmare a pierderii echilibrului. Modul clasic în care Şcolarul acuză o stare de ameţeală în opera *Faust* de Goethe este: „Mă-ncearcă toate astea-acum, parcă o moară mi-ar

umbla prin cap”.

Conform cifrelor, ameţeala psihogenă – care se înregistrează în aproximativ jumătate dintre cazuri – apare mult mai frecvent comparativ cu alte forme de ameţeală cu cauze organice şi se asociază adesea cu o tulburare psihică, aşa cum este tulburarea de anxietate (agorafobia cu tulburare de panică). Anxietatea, depresiile, stresul şi starea de epuizare („neurastenia") pot cu adevărat să determine corpul să devină instabil, persoana ajungând să ameţească. Motivul pentru care anxietatea şi depresia se pot asocia cu ameţeala se explică datorită conexiunii strânse dintre centrii nervoşi care reglează orientarea în spaţiu şi sistemul limbic de la nivelul creierului, care reprezintă sediul emoţiilor.

Vertijul care apare în stările anxioase este o stare de ameţeală difuză, care adesea este trăită ca stare de stupoare, gol în cap, teamă de a leşina, nesiguranţă în timpul mersului şi al statului în picioare, lipsă de stabilitate, senzaţie de clătinare a solului, a mediului înconjurător sau a propriului corp, senzaţie de plutire deasupra norilor. Persoanele afectate se simt ameţite, ca şi când s-ar afla în stare de beţie – se clatină, „nu sunt bine înfipte în pământ", se simt fără sprijin şi neancorate la sol. în aceste cazuri este vorba despre un sindrom vertiginos care apare ca urmare a unei tensiuni musculare cronice – şi nu despre o ameţeală care se asociază cu tulburări ale tensiunii arteriale, ale urechii interne sau ale ochilor. Prezenţa în apropiere a unei persoane de încredere, şederea pe un scaun sau întinderea la orizontală aduc adesea o ameliorare, în timp ce, dimpotrivă, mişcările capului pot agrava aceste stări.

în anumite situaţii, numeroşi oameni care suferă de teama de spaţii largi (agorafobie) nu percep atât de pregnant senzaţia de frică şi celelalte simptome, ci prezintă adesea, în mod subiectiv, doar simptome de ameţeală, temându-se în primul rând faţă de aceasta. Pacienţii care suferă de ameţeală manifestă frecvent tendinţa de a se autoobserva în mod exagerat şi anxios: fenomene absolut normale cum sunt balansările uşoare ale corpului sau mişcările involuntare ale capului sunt îndată percepute ca fiind alarmante.

în cazul oamenilor cu tulburări de anxietate se poate face o deosebire relativ clară între două tipuri de sindroame vertiginoase:

1. Atacuri fobice – sindrom vertiginos cu şi fără simptome de panică, în cazul fricii de spaţiile largi (agorafobie), apare brusc şi ameninţător o ameţeală puternică însoţită de stupoare, nesiguranţă la statul în picioare şi în timpul

mersului, greaţă şi teama de a cădea din picioare.

2. Tulburarea de postură şi de mers psihogenă. Reacţiile faţă de sperieturi determină „înmuierea genunchilor". Persoanele afectate simt că ameţesc în timpul mersului fără a acuza în mod direct ameţeală în cap. Ele au senzaţia de clătinare în timp ce stau în picioare şi în timp ce merg şi de aceea se deplasează încet şi ezitant (ca pe gheaţă). Permanenta frică de a nu cădea determină o tensiune musculară cronică însoţită de tulburări ale echilibrului care se poate exprima şi sub forma unor reacţii agorafobice. Numeroşi pacienţi cu agorafobie au ajuns să dezvolte comportamente de evitare din cauza ameţelii inexplicabile.

Tremorul psihogen

Tremorul (tremuratul) reprezintă o mişcare ritmică apărută ca urmare a unei puternice tensiuni musculare. Pe lângă tremorul esenţial şi tremorul care este specific tulburării Parkinson, există şi un tremor psihogen. Poate apărea un tremurat sau scuturat exagerat al uneia sau al mai multor extremităţi sau al întregului corp, acestea manifestându-se cel mai adesea la braţul dominant, atât în stare de repaus, cât şi de mişcare. Ceea ce mai demult se numea tremurat „isteric" se manifesta în trecut nu numai la femei, ci şi, de exemplu, în cazul multor soldaţi din Primul Război Mondial.

Este suspectată existenţa unui tremor psihogen atunci când apar următoarele semne: debutul brusc, de obicei bilateral, ameliorarea rapidă şi totală a afecţiunii, iniţial se manifestă o dizabilitate funcţională maximă, iar ulterior evoluţia este statică sau schimbătoare, combinaţia neobişnuită a unor forme diverse de tremor care apar în timpul repausului sau în timpul acţiunii,

intensificarea tremorului când atenţia este îndreptată spre corp, diminuarea intensităţii şi a frecvenţei de apariţie a tremuratului la distragerea atenţiei, prezenţa altor tulburări de conversie precum sunt tulburările de mers psihogene, semne de „coactivare” (la punerea în mişcare pasivă a extremităţilor are loc o activare voluntară a unor grupe musculare opuse). O caracteristică tipică o reprezintă tensionarea în prealabil a musculaturii mâinilor şi braţelor, care precede apucarea şi ţinerea în mână a unui pahar; aceasta constituie expresia tensiunii generale care apare în situaţiile sociale.

Ticurile nervoase somatoforme (miocloniile psihogene)

Prin acestea se înţeleg mişcările convulsive involuntare, care apar brusc, sunt de scurtă durată şi pot fi percepute de cei din jur. Apar mişcări spasmodice ca urmare a contractării sau decontractării anumitor grupe musculare sau la nivelul întregului braţ şi picior. Acestea pot apărea şi la nivelul feţei sau al ochilor. în cazul a numeroase persoane afectate, simptomele se manifestă cu precădere în stare de repaus, se agravează la efectuarea mişcării şi se ameliorează la distragerea atenţiei.

Crampele musculare psihogene (distoniile psihogene)

Este vorba despre crampe la nivelul muşchilor scheletici care determină astfel o poziţie incorectă a capului, a umerilor sau a braţelor. Exemplele tipice sunt torticolisul psihogen sau grafospasmul psihogen. Acest diagnostic poate fi suspectat atunci când, spre deosebire de distoniile organice, apare o ameliorare sau relaxare la distragerea atenţiei şi când evoluţia este schimbătoare şi se asociază şi alte probleme psihice şi psihosomatice.

TULBURĂRILE ORGANICE

Tulburările de mişcare sunt afecţiuni ale sistemului nervos central care se asociază fie cu mişcări involuntare (hiperchinezii), fie cu tulburări ale efectuării voluntare a secvenţelor de mişcare (de ex., efectuarea cu dificultate a unor mişcări, achinezie). Tulburările de mişcare cu cauze neurologice determină apariţia unor probleme psihosociale ca urmare a faptului că, fiind vizibile pentru cei din jur, acestea devin motive de discriminare. Cea mai frecventă tulburare de hiperchinezie este fără îndoială tremorul (tremuratul), care poate avea numeroase cauze organice. Cele mai cunoscute forme sunt: tremorul esenţial, tremorul specific bolii Parkinson, tremorul distonic (ca urmare a crampelor musculare) şi „restless legs” (nelinişte a permanentă a picioarelor).

Tremorul esenţial apare la 1% din populaţie de obicei în cazul apucării şi/sau al efectuării unor mişcări; acesta nu este cauzat de stresul psihic sau social, întrucât acesta apare şi în mediul relaxat de acasă, dar datorită caracterului său vizibil în public, determină probleme psihosociale precum anxietatea, depresiile, dar şi, uneori, abuzul de alcool, în cazul a 20% până la 40% dintre cei afectaţi.

Alte afecţiuni legate de mişcare sunt sindroamele mioclonice (contracţii musculare), distoniile (crampe musculare precum în cazul grafospasmului, al torticolisului sau al spasmului pleoapelor), tulburări spastice de mişcare şi ataxii (tulburări în derularea ordonată şi coordonarea mişcărilor musculare). Acestea pot apărea şi în cadrul unor boli neurologice cum ar fi scleroza multiplă sau coreea Huntington; extrem de temute sunt şi tulburările de mişcare care apar relativ frecvent în urma unui accident vascular cerebral. De asemenea, sunt cunoscute şi numeroasele forme de ameţeală cu cauze organice care apar în cazul tulburărilor de echilibru.

în cazul epilepsiei, care se manifestă la 0,5% din populaţie (4 până la 5% din totalul persoanelor vor experimenta în decursul vieţii o criză de epilepsie), sunt semnificative următoarele aspecte:

- Crizele de epilepsie se asociază adesea cu simptome psihice precum anxietatea.

• Până la 30% dintre epileptici suferă şi de convulsii disociative.

• O treime dintre epileptici prezintă şi o tulburare psihică ce necesită tratament, precum depresia, sau o tulburare de anxietate.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Există factori psihici şi sociali care pot afecta în mod considerabil postura noastră corporală şi capacitatea de deplasare. Tulburările de mişcare psihogene adesea au legătură cu situaţiile stresante de natură psihosocială, cu stresul psihic şi suprasolicitarea generală. Conflictele importante pe care persoanele afectate le au cu ei înşişi sau cu cei din jur determină un grad ridicat de încordare interioară care se poate exprima prin intermediul unor tulburări de mişcare.

Persoanele cu crize convulsive disociative adesea au fost supuse în copilărie violenţei fizice şi/sau sexuale, experienţe care adesea nu au fost procesate de-a lungul vieţii. La aproximativ 40% dintre pacienţii care suferă de crize convulsive psihogene sunt identificate în istoricul personal date cu privire la existenţa unui abuz sexual. Poate fi identificată şi situaţia de neglijare severă în perioada copilăriei.

în situaţia persoanelor cu sindrom vertiginos apare în mod suspect de frecvent anxietatea, incertitudinea sau depresia. Conflictele din prezent sau cele care mocnesc de ceva vreme, precum şi factorii de stres psihosociali (conflictele din cuplu sau de la locul de muncă, despărţirile, experienţele de pierdere, şocurile existenţiale) pot determina în anumite situaţii declanşarea unor episoade vertiginoase neplăcute, pe care într-o primă fază pacienţii nici nu şi le pot explica. Pe viitor, ca reacţie de evitare a unor asemenea stări vertiginoase, persoana afectată poate adesea dezvolta o agorafobie însoţită de teama de a cădea atunci când aceasta se deplasează neînsoţită. Problema principală nu o reprezintă însă situaţiile agorafobice, ci condiţiile de viaţă prezente, care efectiv fac „să le fugă pământul de sub picioare” celor afectaţi. Sindromul vertiginos apare cu precădere la persoanele perfecţioniste care au aşteptări foarte mari de la ele însele şi care doresc să aibă totul sub control. Ameţela care însoţeşte o tulburare fobică apare adesea în situaţii care sunt percepute drept neplăcute sau care pot declanşa un atac de panică. De-a lungul timpului se poate dezvolta un comportament de evitare: situaţiile în care nu este posibil ca totul să fie „sub control” vor fi din ce în ce mai mult evitate.

în anumite contexte, epilepsiile pot fi declanşate sau influenţate nefavorabil de factorii psihosociali. Factorii declanşatori emoţionali pot fi şi amintirile unor experienţe traumatizante sau anticiparea unor situaţii iminente de conflict.

O serie de probleme ale coloanei vertebrale precum hernia de disc, sciatica

sau lumbago îi afectează îndeosebi pe bărbaţii activi cu vârste cuprinse între 25 şi 45 de ani. în principiu însă, toţi oamenii care au dificultatea de a trece de la starea de tensiune la cea de relaxare sunt expuşi acestui risc.

STRATEGII TERAPEUTICE

Grupa tulburărilor de mişcare cuprinde tablouri clinice atât de diferite, încât nu este posibilă enunţarea unor principii de tratament general valabile. Strategiile terapeutice se stabilesc în funcţie de fiecare tulburare. Important este însă ca tratamentul să fie abordat dintr-o perspectivă multidimensională: pe lângă gestionarea problemelor psihice şi sociale, în cazurile care prezintă simptome deja cronicizate va trebui avută în vedere practicarea de exerciţii, mai precis aplicarea concomitentă a unor măsuri de tratament fizioterapeutice, somatoterapeutice, comportamentale (de expunere).

în situaţia tulburărilor fizice disociative vor trebui obligatoriu identificate şi înlăturate cauzele. De obicei, este vorba despre importante situaţii conflictuale interne sau externe, aparent imposibil de gestionat, astfel încât apar simptomele – ca măsură temporară de rezolvare a problemei. în

situaţia tulburărilor de mers şi a crizelor convulsive disociative, persoanele afectate vor trebui să înveţe să perceapă conştient şi să gestioneze conflictele interioare, precum şi factorii de stres externi.

în situaţia ameţelii psihogene, persoanele afectate vor trebui încurajate să îşi gestioneze comportamentul de evitare prin intermediul unor expuneri succesive la toate situaţiile care declanşează ameţeala pentru a preveni astfel pericolul instalării unei agorafobii care să determine apariţia unor constrângeri asupra vieţii, în acelaşi timp, vor trebui îndepărtate şi cauze precum suprasolicitarea în cadrul familiei şi la locul de muncă sau exigenţele perfecţioniste cu privire la atingerea unor performanţe.

în cazul tulburărilor de mişcare cu cauze neurologice, în majoritatea situaţiilor tratamentul are ca scop mai buna gestionare a consecinţelor psihice şi sociale ale respectivei afecţiuni, iar în anumite cazuri, cum sunt de exemplu crizele epileptice sau distoniile, care au şi componente psihogene, tratamentul vizează înlăturarea factorilor care agravează afecţiunea; în situaţia bolilor care prezintă recidive, cum este scleroza multiplă, printr-o mai eficientă gestionare a stresului devine posibilă evitarea următorului episod.

în situaţia unei epilepsii care are componente psihogene vor trebui analizaţi şi înlăturaţi factorii agravanţi ai bolii; aplicarea exclusivă a unui tratament

medicamentos sau operativ este considerată malpraxis. în cazul aşa- numitelor „epilepsii rezistente la tratament”, înainte de întreprinderea unor măsuri neurochirurgicale, vor trebui luate în considerare şi aspecte neorganice şi întreprinse măsuri de tratament corespunzătoare.

CÂND DURERILE CHINUIE CORPUL

Tot ce este făcut şi născocit de oameni serveşte satisfacerii nevoilor pe care le resimt şi alinării durerilor
ALBERT EINSTEIN, Cum văd eu lumea

DURERI CRONICE DE SPATE – CÂND SIMŢI CĂ NU TE MAI ŢIN ŞALELE

Domnul Steiner, un electrician de 49 de ani, suferă de patru ani aproape zilnic de puternice dureri de spate. Acestea au apărut la scurt timp după schimbarea locului de muncă şi mutarea în cadrul industriei de construcţii, cu care nu este familiarizat. Deodată, se confruntă cu situaţia de a îndeplini sarcini fizice cu care nu era nicidecum obişnuit. Cu toate acestea, el doreşte să rămână la noul loc de muncă pentru că aici cel puţin nu îşi face griji cu privire la concediere, cum se întâmpla la fostul loc de muncă. Este adevărat că la examenul fizic complet, se constată o uşoară modificare degenerativă a coloanei vertebrale, dar aceasta este prea uşoară pentru a justifica numeroasele concedii medicale pe care domnul
Steiner le solicită de la un timp încoace, invocând dureri. însă lucrurile nu se opresc aici: cu scopul de a evita temutele dureri, domnul Steiner manifestă acelaşi comportament exagerat de supraprotecţie şi în timpul liber. Bărbatul, care altădată trecea drept atletic, a renunţat aproape cu totul la numerosele activităţi de timp liber şi la numeroasele sale contacte sociale, lăsându-se îngrijit de soţie ca şi când ar avea o dizabilitate gravă. La toate acestea se adaugă şi abuzul de analgezice, apelând cu precădere la preparate pe bază de opiacee, combinate cu somnifere foarte puternice, pentru că altfel nu ar putea adormi şi nici nu ar fi posibil să-şi continue somnul pe tot parcursul nopţii. Soţia sa este cuprinsă de spaimă de abia atunci când, timp de şase luni, el lipseşte de la serviciu din pricina durerilor, în consecinţă fiind concediat, când un sejur la un centru de tratament rămâne fără niciun rezultat, iar cererea pentru pensionarea pe motiv de incapacitate de muncă îi este respinsă. Ca urmare a acestora, domnul Steiner dezvoltă o formă severă de depresie, care agravează durerile, acestea ajungând la o intensitate care până acum nu-i era familiară. Medicul de familie îi prescrie un antidepresiv şi îi recomandă să facă o vizită la o clinică de medicină psihosomatică.

„MĂ DOARE FOARTE TARE”: DURERILE SI PSIHICUL

Durerile acute constituie un semnal de alarmă, dificil de ignorat, asupra faptului că, temporar sau permanent, există ceva care este în neregulă cu corpul nostru. Durerea constituie un mesager neiubit, dar neapărat necesar. în lipsa percepţiei durerii, asupra corpului nostru ar plana în permanenţă pericolul pierderii vieţii. Senzaţia de durere apare ca urmare a excitării anumitor căi nervoase responsabile de transmiterea impulsurilor de durere care determină experienţa senzorială a durerii. Experimentarea unei dureri poate avea, dar nu are în mod necesar, o cauză organică (deteriorarea ţesuturilor). Durerile pot constitui expresia unei tulburări cu cauze organice, a unei răni emoţionale sau a unor relaţii sociale disfuncţionale.

Specialiştii utilizează următoarea definiţie a durerii: durerea este o experienţă sezorială şi emoţională neplăcută, care se poate asocia cu potenţiale leziuni tisulare sau care este descrisă prin intermediul unor termeni specifici unor asemenea leziuni. Conform acestei definiţii durerea nu reprezintă exclusiv un fenomen senzorial sau o simplă percepere a unorstimuli, ci prezintă şi o componentă afectivă. Această definiţie se referă în mod deliberat şi la durerea fără cauze organice. Specialiştii au renunţat la distincţia care se făcea în mod obişnuit în trecut între durerile cu cauze organice şi cele „psihogene”, înlocuind-o cu un concept multidimensional al durerii, dat fiind faptul că durerea are întotdeauna o componentă fizică şi una psihică; această distincţie continuă însă să fie întâlnită adesea în practica clinică.

Distingem între durerea acută şi durerea cronică. Durerile acute sunt de obicei de scurtă durată (de la câteva secunde până la maximum câteva săptămâni). Ele îndeplinesc o funcţie de semnal şi de avertizare a corpului cu privire la pericolul producerii sau existenţei unei leziuni tisulare, protejând organismul de deteriorări suplimentare. Durerile se limitează de obicei la locul leziunii, astfel încât medicul le poate determina cauza, pornind de la localizarea şi natura acestora. Gradul de durere de obicei se află în strânsă legătură cu intensitatea stimulului care a declanşat-o (adesea această legătură nici nu este însă atât de strânsă). în cele mai multe situaţii, la îndepărtarea cauzei, corpul se recuperează, iar durerea dispare.

în funcţie de definiţie, durerile cronice reprezintă stări de durere care persistă trei, respectiv şase luni după declanşarea episodului acut de durere (de ex., dureri de spate, durerile reumatice) sau care revin în mod repetat (de ex., migrena şi cefaleea de tip tensional). Persoanele cu dureri cronice sunt adesea tratate inadecvat;

comportamentul acestora pe timp de boală gravitează în jurul durerii, iar aceştia acuză probleme psihice, sociale şi profesionale (descreşterea productivităţii, incapacitate de muncă, dizabilităţi funcţionale ale abilităţilor motorii fine). Adesea, aceştia prezintă şi simptomatologia specifică unei depresii reactive, care agravează experienţa de durere. Gradul de cronicitate este cu atât mai mare, cu cât durerile afectează experienţa şi comportamentul persoanei afectate. Spre deosebire de durerile acute, deseori nu există o legătură clară şi strânsă între leziunile tisulare şi deteriorările unor organe şi intensitatea durerii pe care pacientul o trăieşte. Cauza durerii se găseşte mai puţin la locul dureros, cât mai mult în creier, unde se prelucrează durerea şi unde s-a dezvoltat o dinamică proprie. în cazul durerilor cronice, a dispărut caracterul de semnal şi de avertizare al simptomatologiei. Cu timpul se dezvoltă un sindrom patologic de sine stătător, care se disociază de cauzele organice specifice sau de factorii declanşatori, cel mai adesea aceştia nemaiputând fi nici măcar identificaţi. La trecerea de la simptomatologia acută la cea cronică acţionează procese de învăţare care determină consolidarea rolului de bolnav. Aşadar, în tratamentul durerilor cronice nu se mai află în prim-plan înlăturarea cauzei durerii, ci modificarea experienţei durerii în sensul deprinderii unui nou mod de confruntare cu durerea.

Durerile cronice sunt provocate sau agravate ca urmare a modificărilor patologice de prelucrare a durerii în sistemul nervos.

Pentru a înţelege durerile cronice vor trebui avute în vedere trei sisteme ale corpului.

1. Celulele senzoriale şi celulele nervoase, care se aseamănă celor dintâi. Celulele senzoriale (receptorii de durere) de la nivelul pielii, intestinelor, ligamentelor, de la nivelul articulaţiilor şi al

muşchilor preiau stimulii de durere şi îi transmit, prin intermediul anumitor căi nervoase, direct către măduva spinării din coloana vertebrală.

2. Măduva spinării ca primă staţie de prelucrare. Măduva spinării prelucrează stimulii de durere şi îi conduce spre creier, filtrându-i prin intermediul unui mecanism asemănător unei porţi. Dacă poarta este sau nu deschisă, transmiterea are loc sau nu. Când poarta este închisă, creierul nu primeşte niciun semnal şi, prin urmare, nu percepe nicio durere.

3. Creierul ca centru de control. Creierul prelucrează stimulii care ajung la nivelul acestuia, fie sub forma unor experienţe dureroase, fie

a unor emoţii

conştiente, dar poate de asemenea să deschidă sau să închidă poarta prin transmiterea unor comenzi directe către măduva spinării. Starea emoţională prezentă determină modul în care este prelucrată durerea. Senzaţiile de durere sunt percepute drept mai puţin stresante atunci când sunt prezente sentimente precum bucuria sau fericirea şi, din contră, atunci când apar neajutorarea, extenuarea şi dispoziţia depresivă, acestea sunt percepute drept chinuitoare. Anumite gânduri şi evaluări pot determina ca o durere să pară suportabilă sau înspăimântătoare. Stările noastre emoţionale şi modelele noastre cognitive au aşadar o mare influenţă asupra dăţilor în care poarta durerii de la nivelul măduvei spinării se află mai degrabă deschisă sau mai degrabă închisă. Astfel, concentrarea asupra unor chestiuni plăcute sau interesante poate distrage atenţia de la durere şi o poate face să devină mai suportabilă.

Pentru a înţelege durerile cronice este de asemenea extrem de importantă noţiunea de „memorie a durerii”. Memoria durerii reprezintă un factor esenţial în dezvoltarea unei tulburări algice. Persoanele care experimentează frecvent durerea nu devin de-a lungul timpului mai puţin sensibile faţă de durere, ci dimpotrivă reacţionează din ce în ce mai sensibil faţă de aceasta. Stimuli dureroşi puternici şi repetaţi pot continua să amplifice transmiterea informaţiei de durere de la nivelul sistemului nervos periferic la nivelul sistemului nervos central. Repetarea continuă a unor semnale de durere puternice modifică pe termen lung funcţia şi structura celulelor nervoase de la nivelul măduvei spinării. După o perioadă îndelungată de supraexcitare continuă, aceste celule nervoase se suprasensibilizează şi încep să reacţioneze cu excitaţie puternică la cele mai slabe impulsuri care ajung la nivelul fibrelor responsabile de durere; acestea îşi amintesc stimulii dureroşi acuţi anteriori şi generează în mod constant semnale de durere în lipsa unui factor declanşator. Ca urmare a acestui fapt, chiar şi stimulii slabi (de ex., atingerea, căldura sau extensia) sunt deodată percepuţi ca fiind dureroşi. Acest fenomen de învăţare constituie baza memoriei durerii, însăşi ideea de durere poate să provoace noi dureri. în special durerile postoperatorii vor lăsa urme în memorie. Durerile care nu sunt tratate corespunzător, respectiv sunt imposibil de tratat, vor lăsa de asemenea amprente în memorie la nivelul sistemului nervos central, care vor creşte sensibilitatea la durere.

Un alt factor care determină cronicizarea durerii este frica, aceasta fiind controlată de o anumită zonă a creierului (amigdala). Datorită fricii, fiecare nouă

senzaţie de durere se întipăreşte foarte adânc în creier. Ulterior, la fiecare nou atac de durere, prin intermediul memoriei durerii, este evocată teama asociată. Astfel se formează un cerc vicios dezastruos între frică şi durere.

Atunci când memoria durerii s-a format, aceasta nu poate fi ştearsă prin intermediul medicamentelor care sunt disponibile în prezent. Există însă speranţe pentru viitor: pe baza unor noi concepte din neurobiologie referitoare la memoria durerii este posibil ca pe viitor să fie dezvoltate medicamente mai eficiente pentru tratamentul durerilor cronice.

Pot fi distinse patru componente ale durerii:

1. Componenta senzorială. Informaţiile despre locul, durata şi intensitatea unei dureri sunt transmise sub forma senzaţiilor conştiente.

2. Componenta afectivă (emoţională). Aproape întotdeauna durerea declanşează afecte şi emoţii neplăcute şi afectează starea de bine.

3. Componenta vegetativă (autonomă). Durerea are ca efect declanşarea anumitor reacţii ale sistemului nervos vegetativ (de ex., transpiraţia, creşterea ritmului cardiac şi a tensiunii arteriale).

4. Componenta motrică. Durerea determină reflexe de fugă şi apărare care se manifestă sub forma tensiunii musculare.

De asemenea, conform unei alte clasificări, durerea poate fi descrisă luând în considerare patru niveluri:

1. Nivelul fizic şi fiziologic. Durerea poate avea, chiar dacă nu în mod necesar, o bază organică. Sistemul care transmite durerea se activează şi sunt eliberate în corp diferite substanţe care semnalează durerea, neurotransmiţători şi alte substanţe.

2. Nivelul motric şi comportamental. Durerea determină o anumită reacţie musculară (de ex., retragerea din reflex a mâinii, tensiunea musculară, modificarea mişcărilor expresive).

3. Nivelul subiectiv şi psihologic. Persoanele afectate prezintă reacţii manifeste (de ex., se vaită, plâng, ţipă, gem), reacţii ascunse – sub forma gândurilor (de ex., „Durerile sunt insuportabile”) şi îşi formează diverse convingeri şi prezintă diverse emoţii (de ex., frica, depresia, disperarea).

4. Nivelul social. Experienţele individuale de durere au consecinţe sociale (de ex., concediul de boală, dizabilitatea, incapacitatea de muncă, retragerea socială).

Durerile se numără printre cele mai frecvente simptome fizice: 60 până la

80% din populaţie prezintă de-a lungul unui an o dată sau de mai multe ori dureri care au grade diferite de intensitate. Dată fiind răspândirea lor la nivel global, durerile cronice reprezintă o problemă total subestimată, nefiind suficient luate în considerare. Conform unei investigaţii efectuate la nivel mondial, în medie 22% dintre pacienţii medicilor de familie acuză dureri cronice, valorile fiind diferite de la ţară la ţară. După un sondaj extins efectuat în 16 ţări europene, aproape fiecare al cincilea adult (19%) suferă de dureri cronice, în medie, de şapte ani. în Germania durerile cronice afectează 17%, în Austria 21% şi în Elveţia 16% dintre adulţi.

Componentelor psihologice li se acordă din ce în ce mai multă atenţie în tratamentul durerii: conform unor estimări mai degrabă prudente ale experţilor, se pare că la aproximativ 40% dintre pacienţi factorii psihologici joacă un rol important în apariţia, declanşarea şi menţinerea durerii.

De-a lungul ultimelor secole, durerile au fost considerate un simptom care însoţeşte o afecţiune fizică şi nu o tulburare de sine stătătoare, începând cu anii '60, datorită unor activităţi novatorii desfăşurate în SUA cu privire la prelucrarea neurologică a durerii, aceasta a fost din ce în ce mai mult privită, studiată şi cercetată ca fenomen de sine stătător. Termenul de „tulburare algică” din schemele moderne de diagnostic este rezultatul acestei evoluţii. Vorbim despre o tulburare algică atunci când durerea s-a transformat dintr-un simptom într-o boală, mai precis atunci când funcţia sa de avertizare s-a pierdut, iar durerea s-a autonomizat. în cele din urmă, toate durerile se formează în cap, mai precis după ce creierul nostru prelucrează impulsul de durere. Această perspectivă constituie baza terapiilor moderne de gestionare a durerii din domeniul psihologiei; acestea au în vedere învăţarea unor metode de modificare a experienţei dureroase.

Există numeroase expresii referitoare la diverse zone ale corpului care clarifică legătura strânsă dintre corp şi psihic în situaţia tensiunii însoţite de durere. Cap: ceva îmi dă dureri de cap, îmi fumegă creierul, ceva mă dă peste cap, îmi sparg capul, capul stă să-mi explodeze. Spate: a purta povara în spate, a arunca ceva în spatele cuiva, a fi încovoiat de soartă sau de supărare. Ceafă: a-ţi sta ceva în ceafă, a ţine capul drept.

Durerea care apare ca urmare a stării de tensiune se asociază şi cu anumite tulburări psihice, în special la persoanele cu tulburări depresive şi tulburări de anxietate generalizată. Persoanele afectate acuză adesea tensiune la nivelul umerilor şi al braţelor, precum şi dureri ale gâtului, mijlocului, încheieturilor şi muşchilor.

Multe dureri relevante din punct de vedere psihosomatic au fost deja descrise în cadrul secţiunilor dedicate fiecărui organ în parte, ca de exemplu durerile cronice gastrointestinale,

durerile rectale, durerile care apar la urinare şi defecare, durerile de maxilar sau durerile menstruale şi durerile abdominale la femei.

Tabelul 16: Tulburări algice relevante din punct de vedere psihosomatic

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

TULBURAREA SOMATOFORMĂ DE TIPUL DURERII PERSISTENTE

Durerile fără cauze organice, denumite în trecut „dureri psihogene” (psihalgia), poartă în schema actuală de diagnostic denumirea de „tulburare somatoformă de tipul durerii persistente” şi sunt descrise după cum urmează:

• Persoana afectată acuză în principal o durere persistentă, puternică şi chinuitoare care apare de cel puţin o jumătate de an, în majoritatea zilelor.

• Durerea nu poate fi explicată în totalitate de procesele fiziologice sau de o tulburare fizică.

• Durerea apare în conexiune cu conflictele emoţionale sau cu problemele psihosociale.

• Durerile se află în centrul atenţiei şi experienţei, necesitând, în consecinţă, un grad sporit de îngrijire şi de interes personal sau medical.

• Durerile care au la bază mecanisme psihofiziologice cunoscute sau presupuse nu se numără printre aceste tulburări algice somatoforme, ci se codează drept „factori psihologici sau comportamentali asociaţi cu tulburări sau boli clasificate în altă parte” (ICD-10), precum şi utilizând denumirea afecţiunilor fizice corespunzătoare (de ex., migrenă). Cu părere de rău trebuie să constatăm faptul că schema de diagnostic actuală operează cu distincţia depăşită dintre durerile psihice şi cele organice, nealiniindu-se încă modelului modern bio- psiho-social de înţelegere a durerii, conform căruia nu este posibilă o asemenea delimitare.

Tulburarea are tendinţa să se cronicizeze dacă tratamentul nu decurge în conformitate cu modelul bio-psiho-social de înţelegere a durerii. Acesta este motivul pentru care investigaţiile medicale organice ar trebui urmate de o intervenţie care să se constituie ca parte a unei abordări interdisciplinare. Posibila dificulate întâmpinată în acest demers o constituie faptul că, în lipsa unor cunoştinţe mai avansate, persoanele afectate s-au ghidat timp îndelungat în funcţie de modelul explicativ al medicinei organice, care iniţial era susţinut şi de medici prin intermediul anumitor diagnostice şi încercări de tratament, acesta fiind motivul pentru care aceste persoane au în continuare aşteptarea de a beneficia de asistenţă medicală conform acestui model („Nu sunt nebun(ă), e de la corp, nu de la cap.”).

Durerile apar adesea şi în cadrul altor tulburări somatoforme ca, de exemplu, în cadrul tulburării de somatizare şi al tulburării vegetarive somatoforme (de ex., în

cazul simptomatologiei intestinului iritabil), acestea nefiind însă, comparativ cu restul simptomelor, atât de persistente şi de pregnante ca în cazul tulburării somatoforme de tipul durerii persistente.

O tulburare de durere persistentă se asociază adesea şi cu alte tulburări psihice (depresii, tulburări de anxietate, tulburări de somn). Persoanele depresive prezintă un risc de patru ori mai crescut pentru a dezvolta dureri ale spatelui şi cervicale; durerile deja existente vor fi agravate de dezvoltarea unei depresii. Durerile cronice se află adesea în legătură cu depresiile, în timp ce durerile acute se pot pune mai degrabă în legătură cu tulburările anxioase. Numeroşi pacienţi cu o tulburare somatoformă de tipul durerii persistente prezintă în istoricul medical şi diferite probleme funcţionale, ca de exemplu afecţiuni gastrointestinale, simptome cardiace sau respiratorii. Se estimează că procentul de pacienţi cu tulburare somatoformă de tipul durerii persistente care se prezintă la medicii de familie este de 5 până la 7%.

Analiza istoricului de viaţă (anamneza biografică) reprezintă principalul mijloc pentru a dovedi existenţa unei tulburări somatoforme de tipul durerii persistente şi permite în multe cazuri

efectuarea unei delimitări faţă de durerile ale căror cauze sunt în principal organice. Multe dintre persoanele afectate au suferit în copilărie ca urmare a violenţei fizice şi/sau sexuale sau a neglijării unor nevoi esenţiale. în cazul femeilor care au trăit experienţe de abuz sexual în copilărie, pragul durerii este scăzut, astfel încât apar adesea dureri persistente abdominale. Chiar dacă în majoritatea situaţiilor sunt necesare investigaţii organice amănunţite, în 80 până la 90% dintre cazuri identificarea unor factori stresori biografici – precum sunt situaţiile de criză (de ex., experienţele de pierdere din cauza separării sau decesului), stresul cronic sau problemele profesionale, de cuplu sau din cadrul familiei – permite o delimitare faţă de tulburările algice ale căror cauze sunt în principal organice. Adesea discuţiile cu cuplurile sau cu familiile pot aduce completări examenului clinic, contribuind la formularea diagnosticului.

Există un aspect prea puţin luat în considerare în practica medicală: la formularea diagnosticului de tulburare somatoformă de tipul durerii persistente va trebui să se facă deosebirea între factorii de stres emoţionali şi psihosociali care declanşează boala şi problemele psihice secundare care apar de abia ca urmare a evoluţiei bolii!

De obicei, persoanele cu o tulburare somatoformă de tipul durerii persistente

se deosebesc de pacienţii ale căror dureri au cauze organice după cum urmează:

• Există doar o localizare vagă a durerilor, acestea pot fi schimbătoare din punctul de vedere al localizării şi al modalităţii, pot să se extindă puternic după un debut local, iar descrierea acestora furnizată de persoanele afectate este mai puţin specifică decât cea a durerilor cu cauze organice.

• Durerile sunt descrise mai degrabă prin intermediul unor denumiri afective (odios, groaznic, îngrozitor) decât prin intermediul unor caracteristici senzoriale.

•în mod obişnuit nu există diferenţe de intensitate a durerii care pot fi puse în legătură cu modul în care decurge ziua sau cu alţi factori

stresanţi sau relaxanţi, mai precis există în mod continuu o intensitate sporită a durerii.

• Nu sunt respectate graniţele anatomice de deservire a anumitor zone de către anumite căi nervoase, mai precis adesea sunt descrise dureri care se extind până la o anumită axă sau graniţă pentru care nu există însă nicio bază organică.

•Alături de alţi factori stresori biografici, în istoricul personal pot fi identificate abuzuri fizice sau sexuale.

Sindroamele somatoforme de tipul durerii persistente se caracterizează mai puţin printr-un tipar de simptome specific, ci mai mult printr-un anumit mod de procesare a experienţei legate de fenomenele corporale („suferinţa") şi printr-o conduită nefavorabilă a persoanelor afectate cu privire la boală („comportament anormal pe parcursul bolii"). Din acest motiv, în timpul unei intervenţii psihologice sau psihoterapeutice ar trebui să se afle în prim-plan mai mult problemele psihosociale decât intensitatea simptomelor sau stabilirea unui diagnostic.

în cazul unei tulburări de durere persistentă, de regulă apar următoarele probleme: absentarea de la locul de muncă respectiv de la şcoală, concedii medicale pe perioade lungi, şomaj, pensionare anticipată, consum excesiv de medicamente, abuz de tranchilizante sau analgezice, utilizarea în exces a dispozitivelor medicale, retragere socială, probleme de cuplu, restrângerea activităţilor de timp liber până la inactivitatea totală, reducerea oricărei solicitări fizice, stări depresive, costuri ridicate datorate unor măsuri medicale alopate sau de medicină alternativă în speranţa eliminării totale a durerilor. Datorită durerilor, persoanele afectate beneficiază de îngrijire şi asistenţă intensivă din partea anumitor persoane sau cadre medicale. Acest aspect este descris drept „beneficiu secundar al bolii".

Este adevărat că tulburările algice pot afecta fiecare grupă de vârstă, acestea apar însă adesea cu precădere în deceniul al 4-lea şi al 5-lea de viaţă. Nu se cunosc diferenţe de gen semnificative. Există anumiţi factori care determină o evoluţie nefavorabilă a tulburării somatoforme de tipul durerii persistente: şomajul în perioada de început a tratamentului durerii, depunerea unei aplicaţii – care se află în curs de desfăşurare sau este finalizată – de a obţine o

pensie pentru incapacitate în muncă, derularea unei proceduri de despăgubire, evoluţia cronică a durerii care a debutat cu mai mulţi ani în urmă, tendinţa de a somatiza, existenţa unor diagnostice psihiatrice suplimentare (de ex., depresia).

Următoarele afecţiuni sunt considerate tulburări somatoforme specifice de tip durere:

• Durerile de cap şi de spate somatoforme. Prin aceasta se înţeleg durerile a căror trăire este subiectivă şi a căror bază organică nu este suficientă pentru a explica suferinţa.

• Durerile de piept somatoforme. Tensiunea puternică la nivelul pieptului poate declanşa dureri care adesea sunt interpretate în mod eronat drept dureri ale inimii. Tipice sunt: presiunea constantă, senzaţia de arsură (care durează de la câteva ore la câteva zile) şi durerile scurte, înţepătoare sub mamelonul stâng. Persoanele afectate suferă adesea şi ca urmare a tensiunii acumulate la nivelul musculaturii spatelui, care iradiază până la nivelul toracelui. Durerile de piept pot avea legătură şi cu o sensibilitate crescută la stimulii acizi din esofagul inferior.

• Durerile gastrointestinale somatoforme. Aceste simptome au fost deja descrise la grupele de organe corespunzătoare în cadrul secţiunilor dedicate tulburărilor funcţionale.

• Durerile cronice ale abdomenului inferior la femei. Acest disconfort, care apare frecvent, a fost descris deja în secţiunea referitoare la problemele specifice ale femeii.

TULBURĂRILE ORGANICE

Conform schemei de diagnostic în vigoare, tulburările algice ale căror cauze sunt în principal organice, dar care sunt relevante din punct de

vedere psihosomatic trebuie înţelese cu un diagnostic dublu şi anume cu denumirea tulburării organice şi cu un al doilea diagnostic de „factori psihologici şi influenţe de comportament asociaţi cu boli clasificate altundeva” (de ex., migrenă, lumbosciatică sau dureri lombare)”. Cu toate acestea, în practica clinică tulburările algice care au în principal cauze organice sunt diagnosticate drept „tulburări somatoforme de tipul durerii persistente”, pentru că pe de-o parte factorii organici nu explică suficient tabloul simptomatologie, iar pe de altă parte cuvântul „tulburare de tipul durerii” nu mai apare în cadrul niciunei alte categorii diagnostice. Conceptul de tulburare de tipul durerii din relativ noua schemă de diagnostic internaţională este, din păcate, prea puţin diferenţiat şi deja perimat, întrucât se bazează pe clasificarea durerilor în dureri pur psihice sau pur organice, care este depăşită.

în conceptualizarea actuală a durerii se evidenţiază conexiunile strânse dintre stres, respectiv gestionarea stresului şi durerile cronice. Pe baza interacţiunii dintre sistemul nervos, sistemul imunitar şi sistemul hormonal, se stabilesc conexiuni strânse între stres şi durere. Pe viitor, aceste noi descoperiri vor avea efecte de anvergură asupra diagnosticului şi tratamentului tulburărilor de tipul durerii.

CEFALEEA

Cefaleea constituie cea mai frecventă dintre acuzele somatice ale omului. Minimum 70 până la 80% din populaţie suferă o dată sau de mai multe ori pe an de cefalee. Conform celui mai amplu studiu de până în prezent, 71,4% din totalul populaţiei germane suferă cel puţin periodic de cefalee: 27,5% suferă de migrenă, 38,3% suferă de dureri de cap tensionale. Migrena apare la femei mai frecvent (32%) decât la bărbaţi (22%); în cazul durerilor de cap tensionale, episodice sau cronice, nu există aproape nicio diferenţă între femei şi bărbaţi. Dintre pacienţii cu migrenă, 10% suferă de migrenă care se asociază cu semne neurologice, respectiv prezintă acea aură specifică, peste 70% suferă de migrenă fără aura specifică şi circa 10% acuză forme complicate de migrenă şi de cefalee de tip cluster („în ciorchine”).

Dacă migrena se declanşează deja din copilărie, aceasta se menţine la 60% dintre cei afectaţi şi pe parcursul perioadei adulte.

Odată cu înaintarea în vârstă durerile de cap de tip migrenă devin mai rare, iar cefaleea cronică de tip tensional devine mai frecventă; durerile de cap episodice de

tip tensional nu depind de vârstă. Se remarcă în ultimele decenii creşterea incidenţei migrenei în perioada copilăriei. Atunci când acestea se asociază cu tulburări psihice, durerile de cap se menţin sau se pot chiar agrava. Există o probabilitate crescută ca tulburările anxioase sau depresive asociate să determine cronicizarea cefaleei de la perioada de tinereţe şi până la maturitate.

Există două tipuri fundamental diferite de cefalee: cefaleea primară şi cefaleea secundară.

Cefaleea secundară are cauze organice care pot fi dovedite organic şi apare în cazul a cel mult 5% dintre pacienţii cu cefalee. Acestea reprezintă consecinţa unor afecţiuni precum sunt tumorile la nivelul capului, hemoragiile la nivelul creierului, malformaţiile vasculare, problemele oculare, problemele la nivelul discurilor intervertebrale sau consecinţe care apar în urma unei leziuni sau operaţii. în cazul cefaleei cronice sau al celei recidivante ar trebui ca, prin evaluarea medicală, să fie excluse cauzele organice, înainte de a formula ipoteze psihosomatice.

Cefaleea primară reprezintă un tablou clinic de sine stătător şi nu o consecinţă a unei alte tulburări. Este vorba despre tulburări reversibile ale structurilor sensibile la durere din interiorul sau exteriorul craniului. Se deosebesc următoarele tipuri: cefaleea de tip tensional, migrena cu şi fără aură, cefaleea de tip cluster (apariţia periodică a unor serii de crize care se manifestă cu dureri de cap ascuţite care se asociază cu senzaţia de arsură şi apar pe parcursul primăverii sau toamnei, precum şi la anumite intervale orare). Cefaleea de tip tensional este de două ori mai frecventă decât migrena. Majoritatea pacienţilor cu cefalee cronică suferă de forme mixte. în cele ce urmează sunt discutate doar cefaleea de tip tensional şi migrena, întrucât în legătură cu cefaleea de tip cluster nu au putut fi stabilite până în prezent corelaţii psihosomatice.

Cefaleea de tip tensional

Denumirea utilizată în prezent „cefalee de tip tensional” (sau „de tip tensiune”) constituie o denumire cumulativă care se referă la mai multe tipuri de dureri de cap, diagnosticate în trecut drept durere de cap tensională, durere de cap datorată contractării musculare, durere de cap vasomotorie, pe bază de stres sau psihogenă. Este vorba despre cele mai frecvente dureri de cap, care apar la 15 până la 20% din populaţie, ceva mai frecvent în cazul femeilor decât al bărbaţilor. Spre deosebire de migrenă, cefaleea tensională apare de regulă la nivelul ambelor părţi ale capului şi la nivelul cefei. Multe dintre persoanele afectate suferă ca urmare a

acestor dureri la fel de mult ca pacienţii cu migrenă, fapt care adesea este subestimat.

în trecut, explicaţia pentru „cefaleele tensionale” o constituia tensiunea acumulată la nivelul musculaturii frunţii şi cefei. Relaţia dintre durerile de cap tensionale şi crampele musculare nu este însă nici pe departe atât de strânsă pe cât se credea până acum. Poate fi şi invers: tensiunea musculară se poate acumula ca urmare a cefaleelor tensionale.

Distingem între cefalee tensionale cu sau fără participarea musculaturii craniene, întrucât nu toate durerile de cap tensionale sunt declanşate de tensiunea de la nivelul musculaturii craniene. Disconfortul poate fi produs ca urmare a modificării sensibilităţii la durere datorită unor neurotransmiţători de la nivelul creierului. Prin urmare, pentru stabilirea diagnosticului de cefalee tensională nu mai este necesară constatarea unei stări sporite de tensiune musculară, deşi aceasta este prezentă în situaţia celor mai multe dintre persoanele afectate. în principiu, spre deosebire de ipotezele anterioare, pacienţii cu dureri de cap prezintă un prag şi o toleranţă

scăzute la durere atât în timpul durerilor de cap, cât şi în intervalele în care aceştia nu prezintă dureri.

în funcţie de frecvenţă, există o formă de evoluţie episodică şi una cronică, acestea deosebindu-se din punctul de vedere al cauzelor şi al tratamentului.

Cefaleele episodice de tip tensional se caracterizează prin cel puţin 10 episoade de dureri de cap tipice, care nu apar mai frecvent de 180 de zile pe an, respectiv mai puţin de 15 zile pe lună şi care durează între 30 de minute pe episod şi 7 zile. Durerile au cel puţin două din patru trăsături caracteristice: durere de tip apăsător până la oscilant, nonpulsatilă; intensitate a durerii uşoară până la medie, astfel încât activitatea fizică obişnuită este îngreunată, dar nu imposibilă; localizare bilaterală; nu apare o agravare din cauza activităţii fizice ca, de exemplu, la urcatul scărilor etc. Nu apar greaţa sau vărsăturile (poate apărea lipsa poftei de mâncare) şi nici intoleranţa la lumină sau faţă de anumite zgomote (una dintre cele două tipuri de intoleranţă poate fi însă prezentă).

Durerile de cap cronice de tip tensional se manifestă cel puţin 15 zile pe lună, respectiv 180 de zile pe an, în decursul a minimum 6 luni. Sunt prezente cel puţin două dintre următoarele patru caracteristici: durere apăsătoare sau oscilantă; intensitate uşoară până la medie, ceea ce poate interfera cu activităţile cotidiene, a căror desfăşurare nu devine însă imposibilă; localizare bilaterală; nu apare o agravare la

urcatul scărilor sau în timpul desfăşurării altor activităţi fizice asemănătoare. Nu apar vărsături, dar poate fi prezent unul dintre următoarele trei simptome: greaţă, intoleranţă la lumină sau faţă de anumite zgomote.

Contrar celor afirmate în trecut, nu există anumite trăsături specifice de personalitate ale pacienţilor cu dureri de cap tensionale. Pe lângă alţi factori, posibile cauze ale durerilor de cap tensionale sunt considerate a fi: îndeosebi stresul psihosocial, problemele interumane, stresul psihologic de la locul de muncă, tulburările de anxietate, tulburările depresive şi tulburările de somn.

Migrena

8 până la 12% din populaţie suferă de migrenă, bărbaţii de trei ori mai frecvent decât femeile. Există două tipuri de migrenă: cu şi fără aură, mai precis cu sau fără semne neurologice care anunţă o criză.

Aura reprezintă o fază în care sunt prezente simptome şi deficite trecătoare care pot dura maximum o oră; persoanele afectate apreciază această fază ca fiind nedureroasă, cu toate acestea fiind extrem de neplăcută. Aura vizuală reprezintă forma tipică şi cea mai frecventă a semnelor neurologice. De regulă, este vorba despre o tulburare de vedere care se manifestă sub forma unei senzaţii de lumină intermitentă, care porneşte din interior şi se extinde până la marginea câmpului vizual, fiind posibile pierderi de scurtă durată ale vederii pe porţiuni limitate ale câmpului vizual. Mult mai rar apar tulburări senzoriale şi parestezii, senzaţie de slăbiciune motorie (de obicei unilaterală) şi tulburări de vorbire.

Vorbim despre o migrenă cu aură atunci când apar cel puţin două crize de cefalee, care prezintă cel puţin două dintre următoarele patru caracteristici:

• unul sau mai multe simptome ale unei aure neurologice care sunt în totalitate reversibile şi apar ca expresie a unei tulburări funcţionale focale de la nivelul cortexului cerebral şi/sau a trunchiului cerebral,

• pe parcursul a mai mult de 4 minute, se manifestă treptat cel puţin un simptom specific aurei, iar două sau mai multe simptome apar consecutiv,

• niciun simptom specific aurei nu durează mai mult de 60 de minute (această limită de timp poate fi depăşită proporţional cu numărul de simptome specifice aurei care se manifestă),

• aura este urmată de faza de cefalee, după un interval de timp liber mai scurt de 60 de minute; această fază poate debuta uneori înainte sau se poate desfăşura concomitent cu aura.

Dacă simptomele neurologice se manifestă pentru un interval mai lung de o oră, vorbim despre o migrenă cu aură prelungită. Uneori în cazul migrenei cu aură apare o hemiplegie sau ameţeală. De obicei, după criză, simptomele asociate se ameliorează.

Migrena fără aură se manifestă prin atacuri de cefalee, care în lipsa tratamentului durează între 4 şi 72 de ore şi care prezintă cel puţin două dintre următoarele patru caracteristici: localizare unilaterală: durere cu caracter pulsatil; agravare în cazul unei activităţi fizice precum urcatul scărilor; intensitate a durerii moderată până la mare, astfel încât activităţile cotidiene sunt îngreunate sau devin imposibile, în plus, se asociază cel puţin încă un fenomen: greaţă şi/sau vărsături, precum şi intoleranţa la lumină şi faţă de zgomote. Următoarea evoluţie este tipică: în decursul a doar câteva ore, simptomele se manifestă la intensitate maximă, având, în lipsa tratamentului, o durată de cel puţin 3 până la 12 ore; acestea se pot manifesta însă adesea şi pe parcursul mai multor zile şi nopţi, ameliorându-se apoi rapid şi în totalitate. Făcând abstracţie de alte criterii, faptul că durerile se limitează la jumătate din craniu reprezintă o diferenţă specifică a migrenei în raport cu durerile de cap tensionale. Adesea persoanele în cauză se simt atât de afectate de migrenă, încât sunt nevoite să-şi înceteze activitatea şi, de obicei, să se retragă în pat, într-o cameră întunecată. Spre deosebire de cazul durerilor de cap tensionale, în cazul migrenei, orice activitate fizică precum aplecatul, ridicarea de greutăţi sau urcatul scărilor determină agravarea disconfortului. Specifică este şi senzaţia de greaţă, care poate culmina cu vărsături, situaţie în urma căreia adesea durerile se mai ameliorează.

Spre deosebire de astmul alergic, factorii declanşatori ai unui atac de migrenă nu trebuie înţeleşi în termeni de stimul-răspuns, aceştia fiind doar factori favorizanţi. Este vorba despre situaţii mai degrabă vag definite, insesizabile la prima vedere, de exemplu la sfârşitul săptămânii, după vizionarea programelor TV, cu câteva zile înainte de perioada menstruaţiei. Pe lângă factorii declanşatori biologici şi fizici cum sunt stimulii luminoşi, menstruaţia, tulburările ciclului somn-veghe, modificările hormonale, foamea, alcoolul şi anumite alimente precum ciocolata sau brânza, există şi factori declanşatori psihici precum factorii emoţionali (supărarea sau furia), creşterea presiunii de a obţine performanţă, stresul, agitaţia sau relaxarea în urma unei perioade de solicitare psihică (de ex., după o săptămână solicitantă, după un examen greu sau în perioada de început a concediului).

Migrena debutează de obicei între 10 şi 30 de ani, arareori după 40 de ani (în aceste situaţii apare de obicei ca urmare a modificării vaselor sangvine determinate de o boală primară).

Făcând abstracţie de pacienţii care experimentează doar o dată respectiv de câteva ori în viaţă un atac de migrenă, aceasta are în genere o evoluţie cronică pe parcursul mai multor decenii, existând anumiţi pacienţi care prezintă mai multe atacuri pe săptămână, iar alţii doar câteva atacuri pe an. După vârsta de 45 de ani, la femei adesea după menopauză, aceste atacuri se răresc sau se ameliorează în totalitate.

în timp ce pacienţii cu dureri de cap tensionale suferă în principal din pricina faptului că le este afectată dispoziţia, aceştia rămânând însă, cel mai adesea, apţi de muncă, în cazul pacienţilor cu migrenă se manifestă cu precădere o diminuare a performanţei şi a activităţii care se datorează nevoii explicabile de a se odihni la pat, timp de mai multe ore, într-un dormitor întunecos în care să se audă cât mai puţine sunete.

Până în prezent, încă nu sunt cunoscute cauzele migrenei, deşi există multe ipoteze în legătură cu acestea. Se consideră învechită concepţia din trecut conform căreia criza de migrenă ar fi provocată de constricţia puternică urmată de dilatarea pereţilor vaselor de sânge interne şi externe ale capului. Mai probabil este faptul că reacţia vaselor de sânge, care adesea poate fi observată şi din exterior (pulsarea respectiv roşeaţa sau paloarea pielii), constituie consecinţa unor cauze necunoscute până în prezent, mai precis un fenomen secundar determinat de procese, în cadrul cărora un rol esenţial îl exercită, probabil, procesele inflamatorii ale nervilor, procese neuronale care se desfăşoară îndeosebi la nivelul trunchiului cerebral şi al mezencefalului, precum şi neurotransmiţătorul numit serotonină.

DURERILE FACIALE

Printre durerile faciale există două care au relevanţă psihosomatică: durerea facială atipică şi sindromul algo-disfuncţional maxilo-facial.

Durerea facială atipică se referă la toate durerile faciale, în cazul cărora nu poate fi identificat niciun tablou clinic cunoscut. Din punct de vedere istoric, denumirea „atipic” a rezultat din delimitarea faţă de nevralgia tipică de trigemen, în cazul căreia există întotdeauna intervale de timp libere între atacuri, spre deosebire de durerea facială atipică, prezentă în mod continuu. Persoanele afectate se plâng de dureri care sunt dificil de localizat, de obicei unilaterale, surde, apăsătoare până

la arzătoare, continue şi de intensitate variabilă, care sunt percepute ca iradiind de la nas, obraji sau frunte, de-a lungul anumitor porţiuni, în profunzimea ţesutului. Durerile persistente apar adesea în urma unor intervenţii stomatologice sau ORL sau sunt agravate în urma acestora. Durerile pot avea intensităţi diferite, durează de obicei timp de câteva ore, nu se manifestă sub forma unor episoade sau a unor atacuri şi nu se află în legătură nici cu o tulburare de percepţie a corpului care poate fi obiectivată şi nici cu anumite puncte care pot declanşa durerea (zone de declanşare), toate acestea însemnând că aceste dureri sunt extrem de difuze. Foarte rar, pot apărea însă dureri care iau forma unor atacuri, fapt care complică încadrarea tulburării într-un anumit tablou clinic. Este specifică discrepanţa dintre gradul de durere perceput în mod subiectiv şi gradul real de afectare a calităţii vieţii, comparativ, de exemplu, cu nevralgia de trigemen. Asemenea dureri se află de obicei într-o relaţie cauzală cu anumite tulburări psihice, îndeosebi cu depresiile sau tulburările somatoforme.

Sindromul algo-disfuncţional maxilo-facial, cunoscut şi cu denumirea de „sindrom al disfuncţiei dureroase a articulaţiei temporo- mandibulare”, „sindrom algic miofacial”sau „mioartropatie”, a fost deja descris la capitolul referitor la dinţi; acesta se referă la durerea persistentă de la nivelul musculaturii de masticaţie. Aceasta este diferenţa principală faţă de nevralgia de trigemen, care este acută şi care se declanşează brusc. Doar în cazul anumitor pacienţi, durerile au legătură cu mişcările de masticaţie şi se localizează la nivelul articulaţiei temporo-mandibulare. Cel mai adesea, acestea se extind la nivelul întregii jumătăţi a feţei, precum şi, parţial, la nivelul jumătăţii capului şi pot iradia până la nivelul regiunii laterale a gâtului. Adesea sunt prezente crampe musculare care se asociază cu o sensibilitate la exercitarea presiunii la nivelul anumitor zone, precum şi cu pocnituri la nivelul articulaţiei temporo-mandibulare; deschiderea şi mişcarea mandibulei sunt îngreunate. Simptomele se asociază adesea cu ameţeală, parestezii, depresii, stări anxioase sau bruxism nocturn. Dincolo de existenţa unor probleme stomatologice, este vorba adesea şi despre factori psihici şi psihosociali, precum stresul, probleme în cadrul familiei sau la locul de muncă, suprasolicitarea individuală, frica, frustrarea, furia şi agresivitatea care, dată fiind prezenţa unor tensiuni musculare, determină apariţia durerii la nivelul maxilarului.

DURERILE DE SPATE

După durerile de cap, tulburările care apar la nivelul coloanei vertebrale constituie

cea mai frecventă cauză a durerilor cronice. Acestea sunt sintetizate sub denumirea de „dureri de spate”. Durerile de spate sunt considerate ca fiind durerea cea mai populară. Femeile şi bărbaţii sunt aproape la fel de afectaţi de către aceasta. în prezent, 12 până la 30% din populaţie suferă de dureri de spate – în ultimii 20 de ani manifestându-se o tendinţă de creştere, fapt care poate fi explicat cu dificultate, din punct de vedere strict medical. în total, doar 10% dintre persoanele afectate merg la medic. Durerile care se asociază cu coloana vertebrală sunt pe locul doi între afecţiunile pentru care sunt întreprinse vizite la medic. Persoanele cu dureri de spate reprezintă 40% din totalul pacienţilor din cabinetele de ortopedie. Conform unui sondaj reprezentativ, 90% dintre germani ajung să sufere la un moment dat de dureri de spate. 43% au admis faptul că au suferit de dureri de spate în ultimele şapte zile, 15% chiar zilnic.

Din punct de vedere economic, durerile de spate reprezintă un factor semnificativ de cost: acestea reprezintă cel mai costisitor simptom al unei boli şi, de departe, cea mai frecventă cauză a incapacităţii în muncă, în raport cu numărul de zile şi de cazuri. în Germania, aproape jumătate dintre toate măsurile de recuperare, o treime dintre pensionările anticipate şi aproape o treime dintre zilele de incapacitate de muncă survin ca urmare a afecţiunilor sistemului musculo-

scheletic. Experienţa arată faptul că revin în câmpul muncii numai 40% dintre pacienţii cu dureri de spate care au petrecut mai mult de şase luni în concediu medical. în urma concediilor medicale de peste un an, sunt reîncadraţi în muncă doar 8 până la 15% dintre pacienţii cu dureri de spate.

în cazul durerilor de spate acute, există un prognostic bun cu o evoluţie lipsită de complicaţii: 85 până la 90% dintre pacienţii cu dureri de spate pot fi trataţi în decurs de 6 până la 8 săptămâni prin reducerea activităţii fizice, analgezice, mijloace de relaxare musculară şi fizioterapie; există şi situaţia în care acestora le cedează durerea în lipsa oricărui tratament. Spre deosebire de durerile acute, în cazul durerilor de spate cronice – care la circa 10% dintre pacienţii cu dureri de spate durează mai mult de trei luni – există nenumărate eşecuri terapeutice.

Spatele este adesea acel loc la nivelul căruia se resimt, sub forma durerii, efectele a numeroase presiuni. Problemele fizice se prezintă adesea sub forma tensiunilor musculare şi a durerilor la nivelul gâtului, umerilor şi la nivel lombar.

Durerile de spate constituie doar un simptom şi nu o boală în sine. Denumirea de „dureri de spate” nu sugerează nimic precis cu privire la localizarea sau

cauzele disconfortului. Durerea este adesea localizată punctiform sau pe o arie extinsă la nivelul gâtului (25%), în zona vertebrelor toracice (5%), precum şi în regiunea lombară sau pelviană (70%). în consecinţă, cele mai frecvente dureri de spate se manifestă la nivelul gâtului (sindromul cervical) şi la nivel lombar (lumbago), cu sau fără a iradia către braţe şi picioare.

Evoluţia durerilor poate fi acută, recidivantă sau cronică. Sunt considerate acute acele dureri care durează mai puţin de trei luni; toate durerile care durează mai mult de atât sunt cronice. Sunt denumite recidivante acele evoluţii în cazul cărora, după o perioadă de ameliorare, durerile revin sub forma unor atacuri sau recăderi cronice. în cazul a mai mult de două episoade acute algice pe an, este vorba deja despre dureri cronice. Nu sunt rare situaţiile în care durerile acute ajung să se cronicizeze din cauza neglijării aspectelor bio-psiho-sociale, precum şi a unor concepte terapeutice inadecvate!

în cazul durerilor de spate acute, distingem între durerile radiculare determinate de comprimarea rădăcinii nervoase care se datorează unei hernii de disc (de ex., în cazul lombosciaticii) şi între durerile pseudoradiculare care survin datorită unor modificări funcţionale la nivelul musculaturii, al discurilor intervertebrale şi al articulaţiilor vertebrale. Durerile de spate cronice fără cauze maligne, cum sunt de exemplu metastazele osoase, au cauze multifactoriale de natură fizică, psihică şi socială.

Numai circa 20% dintre durerile de spate sunt determinate de o afecţiune specifică. 80% dintre durerile de spate sunt nespecifice şi nu pot fi explicate prin intermediul unor cauze organice grave, acestea datorându-se tensiunii musculare de la nivelul musculaturii spatelui şi pelvisului. Patru cincimi din totalul sindroamelor lombare constituie efectul slăbiciunii musculare care apare ca urmare a efectuării insuficiente a mişcării fizice, a inactivităţii, a posturii adoptate în încercarea de a evita durerea sau a permanentei suprasolicitări a coloanei vertebrale. Printre cauzele neorganice se numără îndeosebi anumiţi factori psihici şi sociali precum stresul, problemele familiale sau profesionale, suprasolicitarea permanentă de la locul de muncă, tulburările de anxietate, depresiile şi tulburările

de dependenţă, însă cu precădere şi factori socioeconomici precum nivelul scăzut de educaţie, veniturile mici, precum şi activitatea fizică grea, desfăşurată adesea în rândul muncitorilor. Din cauza durerilor de spate, persoanele afectate dezvoltă anumite convingeri şi comportamente: probleme referitoare la imaginea de sine, sentimente

de neajutorare, dispoziţie depresivă, postură incorectă în încercarea de a evita durerea, evitarea unor activităţi neplăcute, „turism” medical, precum şi exprimarea permanentă a disconfortului prin faptul că se plâng şi se văicăresc încontinuu.

în cazul pacienţilor cu dureri de spate cronice a putut fi demonstrată existenţa unui tipar specific de activare emoţională: comparativ cu un grup de control, aceştia reacţionează la factori stresori

semnificativi de natură emoţională printr-o puternică tensiune musculară, bilaterală, la nivel lombar, mai puternică pe partea stângă – fapt care poate fi constatat în mod repetat în cazul pacienţilor cu tulburări de tipul durerii persistente.

Modelele explicative medicale de orientare strict organică referitoare la existenţa unui disc intervertebral sau a unei coloane „degradate” sau „uzate prematur” nu fac adesea decât să accentueze fixarea bolii organice, care va fi dublată de un comportament de supraprotecţie legitimat de recomandările medicale şi de îngrădirea inutilă a stilului de viaţă practicat anterior.

Când de fapt ar fi recomandabil să se procedeze exact invers: în ciuda durerilor, ar trebui reluate activităţile fizice – neapărat în mod treptat – pentru a preveni adoptarea în permanenţă a unui comportament „nociv” de supraprotecţie. în situaţia musculaturii scurtate ca urmare a contracturii cronice, nu se recomandă un antrenament de relaxare, ci practicarea extinderii ghidate a muşchilor, în acest scop este important să fie efectuate anumite exerciţii care contribuie la stabilizarea coloanei vertebrale şi la păstrarea echilibrului. Durerile apar în special din cauza faptului că persoanele afectate adoptă de-a lungul timpului o poziţie incorectă: împing trunchiul înainte, lasă umerii să atârne şi îşi răsucesc bazinul. Aceştia prezintă adesea şi în stare de repaus o tensiune musculară crescută, pe care nici măcar nu o sesizează, fiindu-le necesare antrenamente de relaxare corespunzătoare.

Sunt problematice recomandările premature – care în trecut se formulau adesea – de a efectua intervenţii chirurgicale la nivelul discurilor intervertebrale. Mulţi pacienţi suferă de dureri de spate în urma acestei intervenţii, uneori mai mult decât înainte de operaţie. Datorită faptului că durerile de spate cronice au un impact economic crescut, este importantă adoptarea unor programe multimodale de tratament care să servească optimizării capacităţii de muncă, precum şi a calităţii vieţii. Acestea vor trebui să aibă în vedere în aceeaşi măsură aspecte somatice, psihice şi sociale. Pe lângă analgezice, terapie fizică şi manuală, este necesară

practicarea regulată a gimnasticii pentru spate, activarea fizică treptată, practicarea unei activităţi sportive ghidate, efectuarea unui antrenament bine dozat la locul de muncă, o mai bună reintegrare socială, exersarea unor tehnici de relaxare specifice, o informare exhaustivă (psihoeducaţie) cu privire la gestionarea durerilor de spate cronice şi o schimbare a tiparelor de gândire în sensul creşterii responsabilităţii pentru sine în locul unei răspunderi prea mari pentru ceilalţi.

Durerile pseudoradiculare

„Pseudoradicular” înseamnă că durerile au o evoluţie asemănătoare cu cele care survin într-o zonă de inervaţie radiculară (mai precis asemănătoare modului în care anumiţi nervi inervează anumite zone), imitând astfel paralizia la nivelul rădăcinilor nervoase. La o investigaţie amănunţită nu se constată însă o deteriorare a rădăcinii nervoase. Cele mai frecvente cauze le constituie fenomenele de uzură şi modificările funcţionale apărute la nivelul discurilor intervertebrale, articulaţiilor vertebrale mici şi aparatului de susţinere al coloanei vertebrale, mai precis la nivelul muşchilor şi al discurilor. Aşadar durerile pseudoradiculare îşi au originea îndeosebi la nivelul muşchilor; acestea se caracterizează printr-o tensiune musculară reflexă, o scurtare a musculaturii tonice (muşchii posturali) care se datorează unei permanente suprasolicitări şi o slăbire a musculaturii dinamice (responsabilă cu asigurarea elasticităţii şi a flexibilităţii).

Sindroamele algice cervicale

Sindroamele algice cervicale se referă la disconfort la nivelul coloanei cervicale, fiind cunoscute şi ca dureri de gât. în timp ce tulburările algice acute ale coloanei cervicale sunt de regulă determinate de deteriorări tisulare care survin în urma mişcării şi solicitării şi se asociază cu încordarea reflexă a musculaturii, în stadiile cronice – pe lângă probleme care se datorează unei posturi incorecte sau a unei posturi impuse de specificul locului de muncă –, se întâlnesc factori

psihici şi psihosociali agravanţi care, prin adăugarea unei tensiuni musculare suplimentare, sporesc durerea deja existentă. Durerile pot iradia până la nivelul umerilor sau al capului, unde este percepută o senzaţie de arsură şi tensionare.

Lumbago

în cazul lumbago este vorba despre dureri acute sau cronice în regiunea lombară, fără ca acestea să iradieze în zone de inervaţie radiculară, mai precis fără afectarea rădăcinilor nervoase. Lumbago nu constituie o boală a discurilor intervertebrale!

Lumbago este tabloul clinic care se întâlneşte cel mai frecvent în cabinetele

medicilor de familie. Durerea se poate manifesta extrem de diferit, având variaţii de la dureri puternice cu debut brusc, care iradiază local la nivelul zonei lombare, până la dureri unilaterale sau bilaterale, greu de localizat şi surde, care iradiază la nivelul şezutului şi al picioarelor. Durerile pot fi acute sau cronice, agravându-se în special pe timp de noapte, către dimineaţă. La palpare, se poate simţi contractura musculară; pielea care acoperă musculatura aproape că nu mai poate fi deplasată. Mobilitatea de la nivelul regiunii lombare este la fel de redusă ca şi în cazul herniei de disc şi determină adoptarea unei posturi corporale incorecte, fapt care – ca într-un cerc vicios – intensifică durerile lombare. Mobilitatea redusă a şoldurilor, resimţită drept dureroasă, se poate observa la persoanele afectate în momentul îndoirii picioarelor în poziţia culcat.

Există mai mulţi factori care contribuie la cronicizare, îndeosebi circumstanţele psihosociale. Persoanele afectate, ale căror simptome pot fi schimbătoare, frecventează adesea diferiţi medici, insistă – chiar şi atunci când există dovezi insuficiente sau nu există deloc dovezi ale unor cauze organice – să obţină un nou diagnostic care să fie stabilit cu ajutorul aparaturilor medicale, de regulă nu se simt mai bine în urma operaţiilor, adesea iau toate medicamentele posibile fără a obţine însă efectul scontat, mărind doza acestora până ajung în situaţia de dependenţă. Aceste persoane nu apelează însă nici la fizioterapie, continuând să-şi limiteze tot mai mult viaţa, până când totul ajunge să graviteze în jurul durerilor de spate.

DURERILE REUMATICE

Prin „reumatism”, denumire utilizată în limbajul uzual şi căreia îi corespund mai multe tulburări, se înţeleg aşadar durerile de la nivelul oaselor, articulaţiilor, muşchilor şi tendoanelor. Este vorba despre o tulburare algică a aparatului locomotor şi de susţinere, care poate apărea în toate formele posibile, de la senzaţii difuze de tensiune până la dureri persistente, înţepătoare.

Cauza o constituie inflamaţia care porneşte din interiorul membranei sinoviale, extinzându-se la nivelul cartilagiilor şi oaselor. Aceasta reprezintă o tulburare a sistemului imunitar cu cauze genetice (tulburare autoimună). Tulburările din spectrul reumatic cuprind circa 100 de afecţiuni diferite. Dintre acestea, trei exemple ilustrează posibilităţile multiple care apar cu privire la afecţiunile reumatice: inflamaţiile afectează, în cazul poliartritei (po/y = mult) – numeroase articulaţii, în cazul bolii Morbus Bechterew – coloana vertebrală, iar în cazul reumatismului nearticular, care afectează ţesuturile moi, sunt afectaţi muşchii şi tendoanele.

Denumirea „reumatism” are în componenţă un cuvânt grecesc care semnifică „curgător”; astfel este evidenţiat faptul că este vorba despre o durere care migrează sau curge. Toate durerile aparatului locomotor şi de susţinere care au o evoluţie cronică şi prezintă tablouri clinice care implică durerea şi limitări funcţionale sunt încadrate preponderent în spectrul reumatic.

în mod grosier şi inexact, dar pragmatic şi, prin urmare, util, pot fi distinse trei tipuri de afecţiuni reumatice: afecţiuni degenerative ale articulaţiilor, afecţiuni inflamatorii ale articulaţiilor, precum şi reumatismul nearticular, care afectează ţesuturile moi. Aproximativ 90 până la 95% din totalul afecţiunilor reumatice se numără printre afecţiunile reumatice degenerative şi nearticulare.

Afecţiunile degenerative ale articulaţiilor şi coloanei vertebrale (artroze) afectează în special articulaţiile extremităţilor şi coloanei vertebrale, precum şi discurile intervertebrale. Modificările articulaţiilor se datorează în special uzurii sau leziunilor fizice.

Afecţiunile inflamatorii ale articulaţiilor şi coloanei vertebrale (artritele) se referă, de exemplu, la spondilartrită (cu forma cea mai cunoscută a acesteia, boala Morbus Bechterew – denumită în prezent spondilita anchilozantă – care conduce progresiv la rigidizarea coloanei vertebrale), artrita reactivă, bolile colagenoase şi artrita reumatoidă (sau poliartrita cronică). Aceasta din urmă este boala amintită şi cercetată cel mai frecvent în contexte de natură psihosomatică. Toate afecţiunile inflamatorii nu constituie doar afecţiuni ale articulaţiilor, ci posedă tablouri clinice sistemice, care fac referire la toate sistemele de organe.

Reumatismul nearticular se referă la dureri care apar la nivelul muşchilor şi tendoanelor, ligamentelor şi formaţiunilor anexe ale tendoanelor şi se prezintă, cel mai adesea, sub forma tensiunii musculare, a sindromului umăr-braţ, a sindromului gât-coloană vertebrală, a sindromul lombar şi a durerilor de spate cronice.

Artrita reumatoidă

Artrita reumatoidă este denumită adesea şi poliartrită cronică sau poliartrită cronică primară şi apare la circa 1% din populaţie; aceasta apare la femei de trei ori mai frecvent decât la bărbaţi. Este vorba despre o boală sistemică a ţesutului conjunctiv, cu cauze necunoscute şi o componentă ereditară, care afectează cu precădere aparatul locomotor. Apare o inflamaţie cronică a membranei sinoviale, în special de la nivelul degetelor de la mâini şi de la picioare şi la nivelul articulaţiilor mâinilor, care treptat determină adoptarea unor poziţii incorecte, a unor deformări

ale articulaţiilor şi, în final, la pierderea totală a funcţiei. Vorbim despre o artrită reumatoidă atunci când sunt prezente patru dintre următoarele şapte criterii: rigiditate de dimineaţă, tumefiere prezentă la nivelul a cel puţin trei regiuni articulare distincte, tumefierea articulaţiilor mâinilor şi degetelor, tumefieri simetrice ale unor articulaţii diferite, noduli subcutanaţi, factori reumatoizi, modificări ale mâinilor detectabile radiologie.

Modificările inflamatorii şi distructive de la nivel articular determină deficienţe funcţionale de proporţii. Simptomatologia debutează de obicei insidios şi, de regulă, se manifestă simetric la nivelul articulaţiilor mici, îndeosebi la nivelul degetelor, asociindu-se cu dureri, tumefieri şi rigiditate tipică în cursul dimineţii. Cu timpul, sunt afectate progresiv şi articulaţiile mari precum şoldul sau umărul. Boala debutează cu o inflamaţie a membranei sinoviale, care poate reprezenta o reacţie a unui proces imunologic declanşat de stimuli externi (probabil viruşi). în acest proces sunt eliberate enzime care au un efect distructiv asupra ţesuturilor şi care provoacă degradarea cartilajului şi a osului. Ţesutul care se acumulează la nivelul cavităţilor articulare produce aderenţe şi determină formarea parţială a unor noi oase.

Pe parcursul evoluţiei bolii alternează perioadele de criză cu cele în care boala se ameliorează, ajungându-se, pe termen lung, la o agravare cronică. întrucât fiecare criză produce vătămări ireversibile, deformările articulaţiilor afectate devin din ce în ce mai extinse, iar limitările funcţionale din ce în ce mai pronunţate. La circa 80% dintre pacienţi sunt identificaţi aşa-numiţii factori reumatoizi (aceştia sunt anticorpi împotriva propriei imunoglobuline) care constituie predictori asupra gradului de severitate şi asupra evoluţiei bolii; la o treime dintre pacienţi sunt identificaţi aşa-numiţii „noduli reumatoizi” (noduli subcutanaţi). Artrita reumatoidă poate surveni la orice vârstă, cu precădere însă la vârste mai înaintate, cuprinse între deceniul al 4- lea şi al 6-lea de viaţă, iar după două decenii, conduce la incapacitate în muncă, în cazul a jumătate dintre persoanele afectate.

Din punctul de vedere al medicinei strict organice, se discută despre trei posibile cauze, respectiv despre o tulburare autoimună, o boală infecţioasă şi despre ereditate, existând dovezi

care le susţin pe fiecare în parte. Spre deosebire de acestea, în lipsa unor dovezi empirice suficiente, modelele explicative psihologice vor trebui privite drept speculaţii.

Deşi cauzele bolii sunt necunoscute, se pot dovedi utile anumite intervenţii

psihologice precum informarea pacienţilor, gestionarea bolii, tehnicile de relaxare, antrenamentele de gestionare a durerii, managementul stresului, schimbarea tiparelor de gândire orientate spre performanţă sau sprijinul referitor la relaţia cu familia; nici în privinţa utilităţii acestor tipuri de intervenţie nu există încă suficiente dovezi ştiinţifice.

FIBROMIALGIA

în componenţa denumirii „fibromialgie” intră rădăcinile cuvintelor *fibra* (fibră), *mys* (muşchi) şi *algos* (durere). Deja este evident faptul că este vorba despre durere la nivelul muşchilor. Fibromialgia este un sindrom algic cronic, noninfecţios, generalizat care afectează muşchii, ţesutul conjunctiv şi zonele adiacente ale articulaţiilor. Acest sindrom se manifestă concomitent cu anumite tulburări funcţionale şi vegetative cum sunt afecţiunile gastrointestinale, urinare, respiratorii, cardiace şi menstruale, precum şi cu transpiraţii şi tinitus. Caracteristica principală o constituie scăderea pragului durerii (suprasensibilitatea la durere), care este comandată de sistemul nervos central şi are cauze insuficient elucidate, fiind însă, cel mai probabil, determinată de un deficit cu privire la suprimarea durerii. La momentul actual, nu există dovezi de laborator care să asigure confirmarea unui diagnostic. Dat fiind faptul că până în prezent nu au putut fi stabilite cauze clare, nu putem vorbi în cazul fibromialgiei despre o anumită tulburare, ci despre un sindrom.

Fibromialgia nu este o boală rară, ci în funcţie de ţară şi de criteriile de examinare apare la 1 până la 4% din populaţie. 2 până la 6% dintre pacienţii medicilor de familie suferă ca urmare a acesteia, iar în rândul pacienţilor ortopezilor şi reumatologilor procentele sunt mai crescute, situându-se între 6 şi 20%.

Afecţiunea apare cu precădere între vârsta de 40 şi 50 de ani, dar poate apărea şi la copii sau la persoane mai în vârstă. Boala debutează de regulă la sfârşitul decadei de 30 de ani, fiind în deplină dezvoltare la mijlocul decadei de 40 de ani (există un stadiul preliminar de până la şapte ani). 80 până la 90% dintre persoanele afectate sunt femei. Cel mai extins grup de persoane bolnave îl reprezintă femeile peste 35 de ani.

Termenul „fibromialgie” este definit de următoarele criterii:

• dureri generalizate cronice (care durează mai mult de trei luni) şi se localizează în cel puţin trei zone;

• dureri atât la nivelul părţii drepte, cât şi la nivelul părţii stângi a corpului, atât peste, cât şi sub talie, precum şi la nivelul membrelor;

• sensibilitate crescută la presiune (durere) în momentul palpării a 11 dintre cele 18 puncte de presiune specifice şi definite cu exactitate (există câte 9 puncte de presiune pe fiecare parte a corpului) şi în momentul aplicării unei presiuni de până la 4 kg, cu ajutorul degetelor. în cazul fibromialgiei, unele zone de intersecţie dintre muşchi şi tendon sunt extrem de dureroase, acesta fiind motivul pentru care acestea sunt considerate puncte dureroase;

• apar frecvent, dar nu în mod necesar anumite simptome asociate precum: dureri difuze musculo-scheletice, dureri musculare

generalizate, senzaţie de tumefiere, retenţii de apă, stare de rigiditate dimineaţa, oboseală, epuizare, rezistenţă scăzută, tulburări de somn, sindromul intestinului iritabil, senzaţia de globus, afecţiuni cardiace şi pulmonare, senzaţia de uscăciune a gurii, parestezii, durere în timpul urinării şi al menstruaţiei, transpiraţii abundente, iritabilitate, fluctuaţii ale dispoziţiei şi stări depresive.

De regulă, durerile sunt greu de localizat. La început acestea se limitează doar la anumite părţi ale corpului, şi anume la zona cervicală şi a gâtului, cu timpul însă acestea se extind la nivelul

întregului corp, sporind de asemenea şi simptomele; prin urmare, pot apărea şi senzaţii de rigiditate şi alte parestezii. Tabloul clinic se conturează aşadar de-a lungul unei perioade mai îndelungate. Durerile sunt percepute ca fiind persistente, surde, chinuitoare, puternice sau radiante. Simptomele algice se pot ameliora sau pot temporar chiar să dispară cu totul. Acestea se agravează din cauza anxietăţii, stresului, tulburărilor de somn, frigului, umezelii şi schimbărilor meteorologice.

Deşi fibromialgia are un caracter cronic, aceasta nu conduce niciodată la modificări fizice ale articulaţiilor sau ale altor organe. Analizele de laborator în general nu prezintă modificări, neconstatându-se de obicei abateri mari de la valorile normale. Diagnosticul de fibromialgie poate fi stabilit numai după excluderea altor tulburări (de ex., reumatism). Dacă în continuare cauzele rămân neelucidate, anumiţi experţi consideră că acest sindrom poate fi considerat o tulburare somatoformă de tipul durerii persistente, în timp ce alţi specialişti critică violent această opinie. Date fiind aceste puncte de vedere diferite, este de remarcat şi faptul că de aici rezultă şi o evaluare diferită a capacităţii de muncă a persoanelor afectate.

în stadiul actual al cercetării, nu este clar care sunt cu adevărat cauzele acestei tulburări sau care pot fi consecinţele unor cauze până acum necunoscute.

Deoarece până în prezent lipsesc dovezile cu privire la cauzele clare ale fibromialgiei, nu se poate vorbi în acest caz despre o anumită afecţiune, ci despre un sindrom. Prin urmare, în practica clinică

acesta a devenit un diagnostic jenant, care conferă anumitor pacienţi, cel puţin ipotetic, o identitate aparte. Cu toate că în situaţia pacienţilor cu fibromialgie au putut fi identificaţi factori stresori psihosociali şi evenimente critice de viaţă, cum sunt traumele sexuale sau fizice, acest fapt nu este suficient pentru a dovedi semnificaţia cauzală a acestora. 90% dintre pacienţii cu fibromialgie îndeplinesc criteriile pentru cel puţin o tulburare psihică (în special depresii, tulburări de anxietate şi tulburări somatoforme).

Sindromul de fibromialgie are o importanţă sociomedicală şi economică deosebită datorită prevalenţei bolii, a evoluţiei nefavorabile şi a consecinţelor frecvente care constau adesea în pierderea capacităţii de muncă şi în pensionarea anticipată. în comparaţie cu pacienţii reumatici, persoanele afectate necesită în mod evident mai multe îngrijiri. Este adevărat că boala se poate ameliora temporar cu ajutorul medicamentelor şi că se pot exercita influenţe favorabile asupra acesteia prin intermediul psihoterapiei, însă până în prezent, aceasta nu poate fi vindecată. Absenţa totală a simptomelor nu constituie un obiectiv realist, ci mai degrabă asemenea obiective sunt ameliorarea durerii şi optimizarea capacităţilor de gestionare, de funcţionare şi de muncă.

Sindromul dureros miofascial

Pe de o parte, în sens larg, sindromul dureros miofascial se referă la toate sindroamele algice ale aparatului locomotor care îşi au originea în afara capsulei articulare şi a osului şi care nu prezintă cauze infecţioase, reumatice sau neurologice. în majoritatea cazurilor, este vorba despre sindroame algice regionale.

Pe de altă parte, în sens restrâns, sindromul dureros miofascial prezintă anumite puncte de presiune specifice, care au însă alte caracteristici decât în cazul sindromului de fibromialgie: durerile sunt prezente în trei cadrane ale corpului, durerile musculare se extind la nivel local (în cazul fibromialgiei sunt prezente dureri difuze în mai multe regiuni), în punctele de presiune de la nivelul musculaturii braţelor şi picioarelor apare o contractură musculară palpabilă, care corespunde unei contracţii foarte puternice a fasciculelor musculare (spre deosebire de aceasta, în cazul fibromialgiei apare doar scăderea pragului de durere la presiune).

în cazul sindromului dureros miofascial, pe lângă mulţi alţi factori, suprasolicitarea muşchilor se poate datora stresului şi tensiunii generate de problemele

psihosociale.

DURERILE TUMORALE

în cazul bolilor tumorale, pot fi identificate trei cauze ale durerii:

1. determinate de tumori: dureri ale ţesutului conjunctiv, infiltraţii la nivelul oaselor şi metastaze, dureri viscerale şi nevralgii,

2. determinate de terapie: chimioterapie, radioterapie, intervenţii chirurgicale,

3. independente de tumori: sindroame dureroase miofasciale funcţionale, determinate parţial de dizabilităţile produse de tumori şi de comportamentele de supraprotecţie.

Mai mult de jumătate dintre pacienţii cu tumori sunt afectaţi de tulburări psihice. Luând în considerare aceste aspecte, este necesară adoptarea unor strategii de intervenţie psihologică şi psihoterapeutică, pe lângă măsurile medicale obişnuite de terapie a durerii.

ABORDĂRI PSIHOSOMATICE FACTORI PSIHOLOGICI

Dată fiind multitudinea tipurilor de durere şi diversitatea tulburărilor algice, nu există concepţii explicative psihologice universal valabile ale acestora şi, prin urmare, nici un ghid de tratament psihoterapeutic

general valabil. Anumite abordări psihosomatice utilizate în trecut sunt considerate însă a fi depăşite, deoarece nu iau deloc în considerare modul de conceptualizare bio-psiho-social al bolii şi utilizează în mod inadecvat conceptul de tulburare autoimună:

• Ostilitatea reprimată nu constituie nici în cazul migrenei şi nici în cel al artritei reumatoide cauza determinantă a bolii, după cum afirma F. Alexander, psihanalistul care lua în considerare aceste cauze atunci când făcea referire la tensiunile musculare cronice cu cauze psihice.

• Nu există o anumită structură de personalitate specifică pacienţilor cu tulburări algice şi nici a celor care suferă de dureri de cap tensionale, migrenă sau cancer! Respectivele asemănări care apar sunt mai degrabă consecinţe decât cauze ale tulburării. Deşi se pot constitui ca factori agravanţi, trăsături precum ambiţia, orientarea spre succes, tendinţa accentuată către ordine, perfecţionismul, perseverenţa, iritabilitatea accentuată, sensibilitatea nu pot fi considerate specifice tulburărilor algice.

Este adevărat însă că pacienţii cu tulburări somatoforme de tipul durerii persistente au suferit în copilărie ca urmare a violenţei între părinţi şi din partea acestora. Adesea sunt prezente şi alte circumstanţe de viaţă nefavorabile precum nivelul scăzut al statutului socioeconomic, nivelul scăzut de educaţie al părinţilor, familiile numeroase şi spaţiile locative reduse, dizarmonia cronică în familie, tulburările psihice ale unui părinte, mamă singură sau pierderea mamei, violenţă sexuală, ataşament nesigur după primul an de viaţă, schimbarea frecventă a primelor persoane care se ocupă de îngrijirea copilului.

De regulă, modelele explicative psihologice ale tulburărilor neorganice specifice diferitelor grupe de organe pornesc de la premisa că există o tensiune musculară cronică determinată de stres sau furie şi de către anumiţi factori psihici şi psihosociali. Independent de cauză, durerile determină ca respectiva porţiune din muşchi să se tensioneze în mod reflex, şi astfel să se intensifice durerea, care la rândul ei va avea ca efect accentuarea tensiunii musculare. Astfel, se stabileşte un cerc vicios între tensiune musculară şi durere.

Pacienţii cu tulburări algice manifestă o tendinţă accentuată de a reacţiona la stres cu tensiune musculară şi de a se menţine în stare de tensiune pe perioade mai îndelungate decât alte persoane. Persoanele cu dureri de cap tensionale prezintă în permanenţă tensiune la nivelul musculaturii umerilor, a gâtului, frecvent şi a frunţii, determinată de stres şi de emoţii. în timpul acestei permanente stări de tensiune, musculatura se contractă în jurul vaselor de sânge, astfel încât vasele de sânge sunt comprimate, acest lucru determinând oxigenarea deficitară a ţesuturilor. Aceasta se constituie drept cauză a apariţiei durerii, după cum este şi faptul că

deşeurile metabolice nu pot fi eliminate în mod satisfăcător. Deşi modelul tensiunii musculare cronice se constituie drept explicaţie plauzibilă a durerilor neorganice, acesta nu se poate constitui drept explicaţie în cazul tuturor formelor de cefalee tensională.

Conceptul de condiţionare clasică între tensiunea musculară şi durere explică durerile neorganice astfel: durerile determină tensionarea reflexă a musculaturii şi activarea sporită a sistemului nervos simpatic; nivelul crescut de tensiune musculară şi activarea cauzează sau accentuează durerile. Aceste fenomene fizice se pot asocia cu stimuli neutri, prezenţi în situaţia care a declanşat durerea, astfel încât, cu timpul, durerea se va declanşa chiar şi numai în prezenţa acestor stimuli. De exemplu, pacienţii care au suferit un traumatism cervical prezintă adesea timp de câţiva ani un nivel semnificativ crescut al tensiunii musculare la nivelul musculaturii gâtului şi al cefei, manifestând reacţii puternice la nivelul acestor grupe musculare, atunci când, pe neaşteptate, se găsesc în situaţii similare celei traumatice din trecut.

Comparativ cu oamenii sănătoşi, pacienţii cu dureri de spate reacţionează la stimulii stresori cu un nivel mai ridicat de tensiune care se acumulează la nivelul musculaturii lombare. Atunci când există o anumită predispoziţie determinată de factori genetici, procese de învăţare şi traume, este posibil ca stresul cronic să producă supraactivarea anumitor grupe musculare. Durerile apărute astfel pe parcursul timpului se pot croniciza prin intermediul condiţionării. Durerile se pot menţine şi datorită unor întăriri pozitive ca, de exemplu, atenţia primită de la partenerul de viaţă,

comportamentele de supraprotecţie şi anumite beneficii care apar datorită bolii.

Concentrarea permanentă asupra durerilor intensifică experienţa dureroasă. Ignorarea stimulilor externi (interacţiunea cu mediul) în favoarea concentrării

asupra stimulilor interni (endogeni) determină trăirea mai intensă a durerii şi favorizează o evoluţie depresivă, întrucât treptat dispare bucuria de a trăi. Efecte negative au în special sentimentele de neajutorare, de deznădăjduire şi de pierdere a controlului asupra factorilor care intensifică durerea. între timp, s-a dovedit faptul că depresia poate intensifica durerile existente, astfel încât durerile şi simptomatologia depresivă se pot potenţa reciproc. Din punct de vedere terapeutic, va trebui întreruptă spirala care se formează între tensiune şi durere, între durere şi depresie, precum şi între anticiparea anxioasă a durerii şi creşterea tensiunii musculare care rezultă de aici întrucât acestea favorizează din ce în ce mai mult limitarea la experienţa dureroasă.

Modalitatea fiecărui individ de a face faţă durerii este influenţată de structura de personalitate care precede boala, experienţele trecute de durere şi modul în care acestea au fost gestionate, factori din istoricul de viaţă, starea psihică actuală, situaţia de viaţă psihosocială şi modul personal de conceptualizare a bolii.

Anumite tipare de gândire sporesc nivelul de tensiune şi implicit durerea: „Nu mai suport”, „Totul este din ce în ce mai rău”, „Sunt un caz pierdut”, „Trebuie să rezist în orice situaţie şi să mă ocup de tot ca şi până acum”.

Starea emoţională de moment influenţează experienţa dureroasă. Emoţiile negative precum mânia, furia sau tristeţea intensifică durerea, emoţiile pozitive precum bucuria, sentimentele de fericire şi mulţumire determină ca durerea să devină mai suportabilă.

Influenţa agravantă pe care o exercită stresul şi experienţele de criză ale vieţii asupra bolii în cazul a numeroase tulburări algice se bazează pe conexiunile strânse dintre stres şi sistemul imunitar, care pe viitor vor trebui cercetate în detaliu.

ASPECTE TERAPEUTICE

Diagnoza şi tratamentul unei tulburări somatoforme de tipul durerii persistente necesită conlucrarea interdisciplinară; toţi experţii ar trebui să conceptualizeze durerea din punct de vedere bio-psiho- social pentru a evita concurenţa inutilă sau inexactităţile în emiterea

trimiterilor medicale. De asemenea, în terapia durerilor cronice cu cauze în principal organice este necesară conlucrarea intensă între diversele persoane implicate în terapie. Un exemplu îl constituie domeniul afecţiunilor cancerigene, în care noţiunea de „psiho- oncologie” a dobândit o importanţă majoră.

Conceptele psihologice de tratament în situaţia pacienţilor cu dureri

presupun şi încurajează colaborarea activă a pacienţilor; la început, aceştia se ghidează după modelul explicativ strict organic asupra durerii şi, în consecinţă, manifestă adesea o atitudine pasivă, deci au aşteptarea ca cineva să facă ceva în legătură cu ei. De fapt, este vorba despre a determina pacientul să devină un gestionar mai bun al propriilor dureri. Obiectivul unei terapii psihologice de combatere a durerii nu îl constituie înlăturarea durerilor cronice, ci optimizarea propriei competenţe de gestionare a durerii şi a consecinţelor acesteia, mai precis un mai bun control al durerii. Deviza nu este: „Cum scap de durere?”, ci „Cum pot să trăiesc şi să gestionez mai bine durerea?”

O terapie eficientă de combatere a durerii presupune efectuarea evaluării exacte şi modificarea, pe cât posibil, a condiţiilor care agravează boala. în cadrul tratamentului psihologic şi psihoterapeutic, în special însă în cadrul programelor de tratament medical de orientare comportamentală, se utilizează – în funcţie de necesităţi – diferite tehnici şi metode terapeutice:

1. Educarea pacienţilor (psihoeducaţie, managementul bolii). Vor fi transmise informaţii cu privire la conceptualizarea bio-psiho-socială a bolii (conexiunile dintre durere, psihic şi situaţia de viaţă), despre modelele psihosociale ale durerii, despre cercul vicios dintre tensiune, dureri, anxietate şi depresie, despre respectiva tulburare algică în conformitate cu cele mai noi descoperiri ştiinţifice, despre importanţa desfăşurării unor activităţi în ciuda existenţei durerii, precum şi cu privire la modelele cognitive şi de comportament care agravează durerile; de asemenea, vor fi căutate modalităţi pentru o mai bună gestionare a bolii. în tot acest proces, trebuie mereu avută în vedere identificarea motivaţiei pentru vindecare, care nu trebuie presupusă, ci de cele mai multe ori identificată şi dezvoltată. Persoanele afectate vor trebui informate cu exactitate şi în legătură cu posibilităţile, dar şi cu pericolele administrării diferitelor analgezice.

2. Automonitorizarea. Prin intermediul unor însemnări pe care pacienţii le vor face într-un jurnal al evenimentelor dureroase, aceştia vor învăţa a recunoaşte condiţiile care preced şi succed durerea; aceştia vor monitoriza zilnic intensitatea adesea fluctuantă a durerii şi vor trebui să noteze la anumite ore care este intensitatea acestora pe o scală de la 0 la 10.

3. Analiza comportamentală. Este vorba aici despre detectarea exactă a factorilor declanşatori şi agravanţi ai durerii. Din aceste constatări vor rezulta conexiuni între anumite situaţii, cogniţii, emoţii şi comportamente. Obiectivele individuale de

terapie vor rezulta din dorinţele persoanelor afectate şi din posibilităţile concrete. Adesea nu vor putea fi schimbate circumstanţele şi contextul care agravează durerea, dar va putea fi adoptată o altă atitudine faţă de acestea (de ex., autoevaluarea drept persoană ratată, suprasolicitarea permanentă a propriei persoane sau delimitarea deficitară în raport cu cerinţele altor persoane).

4. Tehnicile de relaxare. Relaxarea musculară progresivă, trainingul autogen, tehnicile de respiraţie sau antrenamentul de biofeedback sunt menite să reducă tensiunea musculară şi să optimizeze circulaţia sangvină, la nivelul cărora apar deficite determinate de cercul vicios dintre stres, tensiune şi durere. Din cauza raportării pasive la propriul corp afectat de durere, diverşi pacienţi au dificultăţi în perioada de început a trainingului autogen, astfel încât este necesar ca iniţial acestora să le fie aduse la cunoştinţă alte metode de relaxare. Metodele de relaxare vor fi adesea combinate cu exerciţii de imagerie, ca de exemplu, o călătorie mentală întreprinsă în interiorul corpului.

5. Ghidarea atenţiei. în situaţia ghidării atenţiei în exterior, atenţia va fi îndreptată către stimuli externi sau activităţi care distrag atenţia de la durere; toate intervenţiile sunt menite să distragă atenţia de la durere şi să stimuleze concentrarea asupra unor experienţe pozitive, în situaţia ghidării atenţiei către interior, vor fi utilizate exerciţii de imagerie care sunt menite să se

suprapună peste experienţa dureroasă. Călătoriile imaginare, foarte populare în rândul multor pacienţi (de ex., o plimbare prin pădure, aflarea în mijlocul naturii şi un sejur la mare sau la munte), vor determina trăirea unor experienţe corporale plăcute datorită activării tuturor simţurilor.

6. Imageria. Prin intermediul unei forme de antrenament mental, pacienţii cu tulburări algice vor trebui să înveţe să se imagineze din nou mai sănătoşi, să vizualizeze drumul pe care îl au de parcurs către vindecare sau ameliorare şi să-şi imagineze în mod intens procesele fizice, concrete, de vindecare. în acest sens vor fi utilizate anumite tehnici de imagerie. în acest mod, vor fi întărite convingerea că tulburarea poate fi gestionată şi speranţa obţinerii unei ameliorări.

7. Focalizarea asupra durerii. în locul monitorizării anxioase şi tensionate a propriului corp, pacienţii cu tulburări algice vor trebui să- şi îndrepte atenţia în mod conştient asupra durerii şi să lucreze cu aceasta. într-o primă fază, persoanele afectate vor învăţa să activeze durerea pentru ca, ulterior, să o restrângă, respectiv reducă. în acest mod, pacienţii vor dobândi un control crescut asupra propriei

experienţe dureroase, iar prin intermediul succeselor obţinute în cadrul exerciţiilor, nu se vor mai simţi atât de neajutoraţi ca în trecut.

8. Hipnoza. La ora actuală, sunt încă insuficient valorificate posibilităţile oferite de hipnoterapia modernă a lui Milton H. Erickson. Prin modificarea hipnotică şi imaginară a experienţei dureroase şi prin concentrarea intensă asupra altor conţinuturi imaginare poate fi redus stresul psihologic exercitat de durere, devenind posibilă o mai uşoară acceptare a acesteia, ca urmare a resemnificării (de ex., durerea în calitate de prieten sau de indiciu asupra unui conflict care în alte condiţii ar fi rămas neobservat). în cazul pacienţilor cu tulburări algice, hipnoterapia are rezultate durabile pe termen lung numai atunci când aceasta este integrată într-un context terapeutic mai amplu şi nu sunt utilizate doar simple tehnici pentru a „scăpa” de durere.

9. Terapia cognitivă. Prin analiza tiparelor cognitive individuale se încearcă evidenţierea şi modificarea raportării la situaţia actuală de durere şi a convingerilor generale referitoare la durere, precum şi a celor referitoare la propria persoană şi la mediul social. Modificarea tiparelor de gândire este menită a întări convingerea şi ulterior experienţa persoanelor afectate cu privire la faptul că posedă un anumit grad de influenţă asupra propriilor dureri şi că nu sunt total neajutorate în faţa acestora. Intervenţiile de activare a cogniţiilor relevă pacienţilor importanţa propriilor gânduri cu privire la experienţa dureroasă şi aprofundează descoperirile terapiei cognitive, prin intermediul unor experienţe concrete şi în cadrul unor exerciţii diverse. Numeroşi pacienţi cu tulburări algice care şi-au stabilit obiective extrem de exigente cu privire la performanţă („Trebuie să fac întotdeauna totul foarte bine”; „Trebuie să mă însănătoşesc pe deplin pentru a face totul ca înainte”) vor trebui să-şi modifice tiparele de gândire pentru a-şi ameliora durerile existente şi a preveni apariţia inutilă a altor dureri. Este necesară identificarea unor convingeri false („înainte de a putea întreprinde orice, trebuie ca mai întâi să dispară durerea”) şi transformarea acestora în cogniţii adaptative („Pot şi acum să întreprind ceva şi nu trebuie neapărat să aştept”).

10. Identificarea unor activităţi benefice. Numeroşi pacienţi cu tulburări algice evită activităţile fizice pentru că se supraprotejează şi pentru că presupun că astfel durerea se va calma. Supraprotecţia se justifică însă numai în cazul durerilor acute, în timp ce în cazul

durerilor cronice adoptarea stării de repaus nu se justifică şi determină agravarea durerii ca urmare a tensiunii musculare, a tulburărilor de

circulaţie sangvină şi a atrofierii muşchilor în cauză. Obiectivul terapeuticii constituie atingerea nivelului maxim posibil de activare fizică şi socială. Un program echilibrat de activităţi fizice este menit să crească treptat capacitatea musculară, să optimizeze tonusul şi performanţa şi să stimuleze capacitatea de autovindecare a organismului. Prin identificarea unor noi activităţi şi posibilităţi profesionale şi de timp liber nu numai că vor fi eliminate comportamentele de supraprotecţie, ci va fi evitat şi pericolul dezvoltării unei reacţii depresive.

11. Antrenarea capacităţii de a se bucura. în funcţie de circumstanţe, pacienţii cu tulburări algice vor trebui să reînveţe să se bucure de anumite lucruri, crescându-şi astfel stima de sine. Pentru mulţi pacienţi cu tulburări algice aceasta constituie o provocare: acelaşi corp care se află în suferinţă are, ca şi în trecut, dreptul să trăiască şi experienţe fericite!

12. Modificarea condiţiilor agravante ale durerii. Condiţiile care menţin durerea, cum ar fi, de exemplu, a primi prea mult sprijin din partea celorlalţi, a se retrage excesiv în pat sau a evada în mod inutil în concediul medical, vor trebui nu numai identificate, ci şi modificate.

13. Antrenamentul pentru rezolvarea unor probleme. Pacienţii cu tulburări algice vor trebui să înveţe să dezvolte strategii mai bune de rezolvare a unor probleme concrete, care pot agrava simptomatologia de durere. Din cauza intensificării durerilor, aceste probleme au fost adesea complet neglijate de-a lungul timpului, fiind necesară identificarea unei soluţii constructive pentru acestea.

14. Antrenamentul pentru gestionarea stresului. Pacienţii cu tulburări algice adesea au nevoie să gestioneze în mod diferit stresul pentru a nu agrava durerile prin intermediul unor tipare de gândire dezadaptative şi a unei stări inutile de tensiune. Persoanele afectate vor trebui să înveţe să îşi propună realizarea mai puţinor lucruri într- un anumit interval de timp şi să includă pauze pentru a nu fi mereu obligate să-şi încheie activitatea în curs din cauza intensificării durerii.

15. Antrenamentul competenţelor sociale. Optimizarea abilităţilor sociale este menită să contribuie la învăţarea unei mai bune capacităţi de delimitare a pacienţilor cu tulburări algice faţă de mediul înconjurător, evitând astfel agravarea durerilor printr-o suprasolicitare continuă la locul de muncă, în familie şi în cercul de cunoştinţe. Numeroşi pacienţi cu tulburări algice au dificultăţi în a se raporta în mod adecvat la critică, în a se exprima în mod critic şi în a se impune în faţa rudelor.

16. Antrenamentul gestionării emoţiilor. Emoţiile pot fi literalmente dureroase. Pacienţii cu tulburări algice vor trebui să înveţe să-şi perceapă şi să-şi exprime emoţiile în loc să se rezume la a se plânge în legătură cu tensiunea şi durerile pe care acestea le generează.

17. Implicarea unor persoane de îngrijire. Prin implicarea membrilor familiei vor fi asigurate reuşitele de zi cu zi ale tratamentului. în cadrul unor activităţi de psihoeducaţie, persoanele din familie vor trebui informate cu privire la tulburările algice, învăţând astfel nici să nu subaprecieze, dar nici să exagereze durerile pacienţilor, aducându-şi astfel, în mod constructiv, sprijinul la gestionarea durerii. Ei vor trebui să evite să accentueze comportamentul de evitare al bolnavului cu tulburare algică, prin acordarea excesivă de sprijin, încercând să contribuie la încurajarea autonomiei acestuia.

18. Intervenţiile de cuplu şi de familie. La nevoie, prin intermediul terapiei, vor trebui gestionate mai eficient situaţiile de conflict din cadrul familiei şi al cuplului, diminuând în acest mod stresul cronic psihosocial.

19. Procesarea unor experienţe traumatice. în cazul unor traume sexuale şi fizice sau în cazul unor experienţe care au rămas neintegrate în urma unor accidente care au pus viaţa în pericol sau a unor operaţii grave, adesea este necesară integrarea adecvată a acestora prin procesarea la nivel cognitiv şi emoţional, pentru a redobândi capacitatea de a trăi cu intensitate în prezent.

20. Profilaxia recăderilor. Cu siguranţă, gradul de durere este supus unor fluctuaţii. După o fază de ameliorare, poate surveni o agravare sub influenţa unui anumit nivel de stres psihosocial. Persoanele afectate vor trebui prevenite cu privire la posibilele recăderi pentru a învăţa să se raporteze la acestea în mod adecvat.

în situaţia durerilor cronicizate, aplicarea unei asemenea scheme de tratament nu determină vindecarea, motiv pentru care nici nu ar trebui făcute promisiuni în acest sens. Cu toate acestea, pot fi obţinute numeroase alte rezultate: creşterea gradului de responsabilitate personală, sporirea autonomiei, îmbunătăţirea calităţii vieţii, precum şi degrevarea de sarcini a persoanelor care se ocupă de îngrijirea bolnavului.

Observaţie de final

La ora actuală, în sistemul sanitar domneşte tendinţa de a reduce cheltuielile. Pe viitor, există pericolul ca finanţările să se rezume la achiziţionarea strictului necesar, aceste reduceri de buget afectând întocmai acele persoane cărora, oricum, li se acorda şi în trecut prea puţin sprijin. O parte dintre acestea sunt reprezentate de grupele de pacienţi care constituie preocuparea centrală a acestei cărţi:

• persoanele care în mod subiectiv acuză o afecţiune fizică, în lipsa vreunei dovezi organice concludente,

• persoanele care prezintă în mod obiectiv o afecţiune fizică, dar în cazul cărora aplicarea unor metode strict medicale se dovedeşte ineficientă pentru a asigura recuperarea la un nivel satisfăcător,

• persoanele cu tulburări psihice care prezintă afecţiuni fizice considerabile şi se confruntă cu incapacitate de muncă pe termen lung.

Persoanele cu tulburări somatoforme şi psihosomatice au de suferit ca urmare a gradului înalt de stres psihologic, generând costuri economice sporite implicate de numeroasele investigaţii, tratamente, concedii medicale şi plăţi ale unor pensii. Tulburările psihosomatice de care aceştia suferă se manifestă la nivelul celor mai diverse regiuni ale corpului. Chiar este necesar ca tocmai aceşti oameni să sufere în mod suplimentar şi ca urmare a faptului că vistieriile din sistemul de sănătate sunt, de regulă, goale?

Aşadar, ne-ar bucura foarte mult dacă prezenta carte s-ar constitui drept îndrumar pentru persoanele afectate şi familiile acestora, precum şi pentru specialişti, reprezentând în acelaşi timp, pentru opinia publică şi autorităţile din sistemul sanitar, o ilustrare a măsurilor care necesită a fi întreprinse: pe termen lung, numai finanţarea unor căi eficiente de tratament pentru persoanele cu tulburări psihosomatice poate conduce la realizarea unor economii şi la optimizarea calităţii vieţii fiecăreia dintre aceste persoane!

Bibliografie

Adler, J., Hermann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W. & Uexküll, T. v., Wesiack, W. (coord.) (2003): Psychosomatische Medizin, Modelle ärtztlichen Denkens und Handelns (ediţia a 6-a revizuită şi extinsă), München: Urban & Fischer.

Ahrens, S., Hasenbring, M., Schultz-Venrath, U. & Strenge, H. (1995): Psychosomatik in der Neurologie, Stuttgart: Schattauer.

Ahrens, S. & Schneider, W. (coord.) (2002): Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin (ediţia a 2-a actualizată şi extinsă), Stuttgart: Schattauer.

Basler, H.-D, Franz, C., Kröger-Herwig, G., Rehfisch, H.-P. & Seemann, H. (coord.) (1999): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (ediţia a4-a corectată şi extinsă), Berlin: Springer.

Bischoff, C. & Traue, H.C. (2004): Kopfschmerzen, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 22, Göttingen: Hogrefe.

Brähler, E. & Strauß, B. (coord.) (2002): Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin, Göttingen: Hogrefe.

Csef, H. & Kraus, M.R. (2000): Psychosomatik in der Gastroenterologie, München: Urban & Fischer.

Deter, H.C. (coord.) (1997): Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker, Stuttgart: Georg Thieme.

Diederichs, P. (2000): Urologische Psychosomatik. Zur Theorie und Praxis psychosomatischer Störungen in der Urologie, Bern: Huber.

Diener, H.C. & Maier, C. (coord.) (2003): Das Schmerztherapie-Buch. Medikamentös-interaktionell-psychologisch-physikalisch (Ediţia a 2- a). München: Urban & Fischer.

Egle, U.T., Derra, C., Nix, W.A. & Schwab, R. (1999): Spezielle Schmerztherapie. Leitfaden für Weiterbildung und Praxis, Stuttgart: Schattauer.

Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Lehmann, K.A. & Nix, W.A. (2003): Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsymptome aus bio-psycho-sozialer Sicht, Stuttgart: Schattauer.

Ehlers, U. (coord.) (2003): Verhaltensmedizin, Berlin: Springer.

Goebel, G. (2003): Tinnitus und Hyperakusis, Fortschritte der Psychotherapie,

Volumul 20, Göttingen: Hogrefe.

Gschnait, F. & Exel, W. (2002): Haut und Seele, Viena: Ueberreuter.

Henningsen, P., Hartkampf, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C. & Rudolf, G. (coord.) (2002): Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte, Stuttgart: Schattauer.

Herrmann, J.M., Lisker, H. & Dietze, G.J. (coord.) (1996): Funktionelle Erkrankungen. Diagnostische Konzepte – therapeutische Strategien, München: Urban & Schwarzenberg.

Hoefert, H.-W. & Kröner-Herwig, B. (1999): Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen, München: Ernst Reinhardt.

Jungnitsch, G. (2003): Rheumatische Erkrankungen, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 18, Göttingen: Hogrefe.

Kapfhammer, H.-P. (1999): Somatoforme Störungen, in: H.-J., Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (coord.): Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin: Springer, 1303-1385.

Kapfhammer, H.-P. & Gündel, H. (coord.) (2001): Psychotherapie und Somatisierungsstörungen. Krankeitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend, Stuttgart: Georg Thieme.

Köhler, T. (1995): Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die Allgemeine und Spezielle Psychosomatische Medizin (a 3-a ediţie revizuită şi exinsă), Stuttgart: Kohlhammer.

Kosartz, P. & Traue H.C. (1997): Psychosomatik chronischentzündlicher Hauterkrankungen, Bern: Huber.

Köhner-Herwig, B. (2000): Rückenschmerz, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 10, Göttingen: Hogrefe.

Lieb, H. & Pein, A. v. (2001): Der kranke Gesunde. Woher kommen meine Beschwerden? Was ihre Organe ihnen sagen. Psychosomatik: We Körper und Seele sich gegenseitig beeinflussen, Stuttgart: TRIAS.

Loew, T. (1998): Wenn die Seele den Körper leiden läßt. Ich fühle mich krank, und die Ärtzte finden nichts. We die Psyche den Körper beeinflußt. Welche Therapie mir wirklich hilft, Stuttgart: TRIAS.

Margraf, J., Neumer, S. & Rief, W. (coord.) (1998): Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie. Berlin: Springer.

Meermann, R. & Vandereycken, W. (1996): Verhaltenstherapeutische

Psychosomatik, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 18 (ediţia a 2-a revizuită şi extinsă), Göttingen: Hogrefe.

Morschitzky, H. (2000): Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund, Viena: Springer.

Morschitzky, H. (2002): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe (ediţia a 2-a revizuită şi extinsă), Viena: Springer.

Neuhaus, W. (2000): Psychosomatik in Gynäologie und Geburtshilfe. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis, Stuttgart: Enke im Georg Thieme Verlag.

Nickel, R. & Egle, U.T. (1999): Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie, Stuttgart: Stattauer.

Nissen, G. (coord.) (2002): Psychosomatische Störungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.

Olbricht, I. (2002): Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau (ediţia a 3-a total revizuită şi actualizată), München: Kösel.

Petermann, F. (coord.) (1997): Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin (ediţia a 2-a extinsă şi corectată), Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. (1999): Asthma bronchiale, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 5, Göttingen: Hogrefe.

Phillips, S.F. & Wngate, D.L. (coord.) (2002): Funktionelle Darmerkrankungen, Bern: Hans Huber.

Rief, W. & Hiller, W. (1998): Somatisierunsstörung und Hypochondrie, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 1, Göttingen: Hogrefe.

Rudolf, G. (coord.) (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage (ediţia a 4-a revizuită şi extinsă). Stuttgart: Georg Thieme.

Rudolf, G. & Henningsen, P. (coord.) (1998): Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis, Stuttgart: Schattauer.

Schüßler, G. (2001): Psychosomatik/Psychotherapie systematisch, Bremen: UNI-MED.

Slesina, W. & Werdan, K. (coord.) (2003): Psychosoziale Faktoren der koronaren Herzkrankheiten, Stuttgart: Schattauer.

Stangier, U. (2002): Hautkrankheiten und Körperdysmorphe Störung. Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 15, Göttingen: Hogrefe.

Stauber, M., Kentenich, H. & Richter, D. (coord.) (1999): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Berlin: Springer.

Strauß, B. (coord.) (2002): Psychotherapie bei körperlichen Störungen, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 21, Göttingen: Hogrefe.

Striebel, H.W. (1999): Therapie chronischer Schmerzen. Ein praktischer Leitfaden (ediţia a 3-a complet revizuită şi extinsă), Stuttgart: Schattauer.

Vaitl, D. (2001): Hypertonie, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 13, Göttingen: Hogrefe.